

BRUNO EICK

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HOMEM
EM SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

BRUNO EICK

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HOMEM
EM SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Prof. Dra. Eleonora d’Orsi**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

RESUMO

Introdução: A sobremortalidade masculina ocorre em praticamente todas regiões, faixas etárias e causas já estudadas, refletindo as piores condições de saúde dos homens.

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico da saúde do homem em Santa Catarina, através de indicadores de mortalidade e de morbidade por causas, de acordo com o sexo e faixa etária.

Métodos: Baseado na população masculina e feminina de Santa Catarina de 2005, foi realizado um estudo descritivo transversal, calculando coeficientes e percentuais de mortalidade através de dados secundários obtidos nos Sistemas de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e Hospitalares (SIH), calculando ainda a razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e seus respectivos intervalos de confiança.

Resultados: Foi encontrado sobremortalidade masculina em todas faixas etárias, com pico entre 20 e 29 anos, onde o risco é mais de três vezes superior no homem. Doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no homem, seguida pelas causas externas. Em adultos jovens as causas externas são a principal causa. Em todas causas agrupadas pelo CID-10 encontramos sobremortalidade masculina, as maiores diferenças foram naquelas associadas à violência e ao álcool. Em geral a sobremortalidade masculina está relacionada a um maior número de internações, exceto nas doenças cardiovasculares e câncer.

Conclusões: A sobremortalidade masculina em Santa Catarina está comprometendo a saúde do homem, diminuindo a expectativa e a qualidade de vida. A maior exposição do homem aos fatores de risco é uma das principais causas, sendo necessário programas de saúde visando diminuir estes riscos.

ABSTRACT

Background: The male mortality is higher than female in almost all regions, age range and causes already studied, reflecting worse male health condition.

Objective: To analyse the epidemiological profile of man's health in Santa Catarina by the analyses of mortality, morbidity index and notifiable diseases according to cause, sex and age range.

Method: Based on female and male population of Santa Catarina in 2005, a transversal description study has been done, mortality coefficients and percentages were calculated using secondary data from Mortality (SIM) and Hospital Information System (SIH), the male/female ratio of mortality coefficients and respective confiability ranges were calculated too.

Results: The male mortality is higher than female in all age range, principally between 20 and 29 years old, in which the risk of death is 3 times higher in man. Cardiovascular_diseases are the principal cause of mortality in man, followed by external causes. In all causes grouped by CID-10, we find that the number of male mortality is higher than female, the largest differences are in those associated with violence and alcohol. In general, this higher number is associated with a large number of hospitalizations, except in cardiovascular diseases and cancer.

Conclusions: The male mortality in Santa Catarina is higher than female in Santa Catarina and this is compromising the men's health, decreasing the life expectation and quality. The large exposition of men to factors of risk is a important cause and is necessary a program of health in order to decrease these risks.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População residente por faixa etária. Santa Catarina 2005.....	8
Tabela 2. Número e proporção de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes dos sexos masculino e feminino por faixas etárias. Santa Catarina 2005.....	9
Tabela 3 Razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo de confiança (95%) por faixa etária. Santa Catarina 2005.....	9
Tabela 4. Número e proporção de óbitos masculinos segundo principais causas (capítulos CID 10) por faixa etária. Santa Catarina 2005.....	10
Tabela 5. Número e proporção de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes dos sexos masculino e feminino segundo Causa Capítulo CID 10 entre as idades de 20 e 59 anos. Santa Catarina 2005.....	11
Tabela 6 - Razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo de confiança (95%) entre 20 e 59 anos, segundo principais causas (capítulo CID-10). Santa Catarina 2005..	12
Tabela 7. Número e proporção de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por causas externas do sexo masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos. Santa Catarina 2005.....	13
Tabela 8 - Razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo de confiança (95%) entre 20 e 59 anos, segundo causas externas. Santa Catarina 2005.....	13
Tabela 9 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por doenças cardiovasculares dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.....	15
Tabela 10. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por neoplasias dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.	15
Tabela 11. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por doenças do aparelho digestivo dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.....	16
Tabela 12. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por transtornos mentais dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.....	17

Tabela 13. Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por doenças infecto parasitárias dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.....18

Tabela 14. Número e proporção de internações dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos segundo causas Capítulo CID-10. Santa Catarina 2005.....18

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
AVC	Acidente vasculocerebral
CID	Código Internacional de Doenças
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HBV	Human Hepatitis B Virus
HCV	Human Hepatitis C Virus
HDL	High Density Lipoprotein
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCOR	Instituto do Coração
LDL	Low Density Lipoprotein
OMS	Organização Mundial de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – INDICADORES DA TABELA 2.....	60
ANEXO 2 – INDICADORES DA TABELA 4.....	62
ANEXO 3 – INDICADORES DA TABELA 5.....	65
ANEXO 4 – INDICADORES DA TABELA 7.....	68
ANEXO 5 – INDICADORES DA TABELA 9.....	70
ANEXO 6 – INDICADORES DA TABELA 10.....	71
ANEXO 7 – INDICADORES DA TABELA 11.....	72
ANEXO 8 – INDICADORES DA TABELA 12.....	73
ANEXO 9 – INDICADORES DA TABELA 13.....	74
ANEXO 10 – INDICADORES DA TABELA 14.....	75

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT.....	iv
LISTA DE TABELAS.....	v
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVO.....	5
2.1 Objetivos Gerais.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3 MÉTODOS.....	6
3.1 Delineamento do Estudo.....	6
3.2 População de Estudo.....	6
3.3 Período de Estudo.....	6
3.4 Fonte de Dados.....	6
3.5 Coleta de Dados.....	6
3.6 Indicadores Seleccionados.....	6
3.7 Análise Estatística.....	6
4 RESULTADOS.....	8
5 DISCUSSÃO.....	20
6 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
NORMAS ADOTADAS.....	59
ANEXOS.....	60

1. INTRODUÇÃO

A sobremortalidade masculina vem a constituir um grave problema de saúde pública, tanto em nível nacional quanto mundial. A mortalidade é maior no sexo masculino em todas as causas com exceção da mortalidade por diabetes mellitus.^{1,2} Além disso, se observa a sobremortalidade masculina em todas as faixas etárias, sendo mais prevalente entre jovens, principalmente pelos óbitos por causas violentas.¹

O Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) foi implantado em 1975/1976. Este banco de dados é formado a partir dos dados obtidos das declarações de óbitos coletadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, fornecendo dados de grande importância para estudos em saúde pública, auxiliando em programas de prevenção e controle de doenças.

Desde as primeiras estatísticas obtidas através do SIM podemos observar uma grande diferença na mortalidade entre os sexos masculinos e femininos, tanto em relação aos números totais de óbitos como em relação às causas discriminadas. A sobremortalidade masculina não é recente, a qual vem se mantendo ao longo de muitos anos, normalmente com um número total de óbitos entre 40% e 50% maior no sexo masculino. No Brasil, desde o ano de 1980 até o ano de 2004, o número total de mortes foi cerca de um terço maior no sexo masculino.³

A sobremortalidade masculina tem como consequência a diminuição da expectativa de vida do homem. No Brasil a expectativa de vida ao nascimento para o sexo feminino foi 7,6 anos superior a do sexo masculino, no ano de 2004.⁴ Esta diferença de expectativa de vida também existe nos países desenvolvidos, porém com diferenças menores, sendo de 5 anos na Austrália, Estados Unidos e Inglaterra e de 6 anos na Alemanha.⁵

No Brasil, a expectativa de vida da população em geral aumentou ao longo dos últimos anos. Embora tenha aumentado em ambos os sexos, nas mulheres os aumentos foram superiores ao do homem, fazendo com que a diferença fique cada vez maior. Em 1991, a expectativa de vida média ao nascer das mulheres era 7,2 anos superior à dos homens, quase uma década após, em 2000, a diferença passou a ser de 7,8 anos superior, um incremento de quase 10%.⁴

Embora o homem apresente uma sobremortalidade em quase todas causas de óbitos, existem algumas mais características, com grandes diferenças de mortalidade entre o homem e a mulher. As causas com as maiores frequências no sexo masculino são aquelas relacionadas à

violência e ao álcool. Em adolescentes e em adultos jovens os níveis de mortalidade por causas externas são muito maiores no sexo masculino, sendo que os homicídios são os mais expressivos, seguidos pelos acidentes de trânsito. Óbitos relacionados ao álcool, como transtornos mentais e doenças do aparelho digestivo, como a cirrose hepática, também apresentam-se em níveis expressivamente mais elevados no sexo masculino.²

Os homens apresentam uma maior mortalidade em praticamente todos estágios da vida, desde infância até a velhice. A mortalidade infantil no estado de São Paulo, entre 1979 e 1984, foi cerca de 30% superiores no sexo masculino, sendo que a diferença mais evidente foi observada no período neonatal.^{6,7} Em idades mais avançadas, acima de 59 anos, também há uma sobremortalidade masculina, embora com um número total de mortes menor o coeficiente de mortalidade é superior no sexo masculino, indicando um maior risco para os homens.⁴

As principais causas de óbito variam de acordo com a idade, sendo que em pessoas jovens são mais comuns os óbitos por causas externas enquanto em idades mais avançadas prevalecem doenças de aspecto crônico, como doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e neoplasias.² No entanto o perfil de mortalidade não foi sempre este, sendo que ao longo dos últimos anos tem ocorrido importantes mudanças epidemiológicas, influenciando a mortalidade masculina.

O Brasil está atravessando um processo denominado transição epidemiológica. Esta transição é caracterizada por uma diminuição da mortalidade geral e um aumento da expectativa de vida, acompanhado por uma modificação do perfil epidemiológico. Nesta transição ocorre uma mudança progressiva na qual a mortalidade por doenças infecto-parasitárias tem uma diminuição progressiva enquanto a mortalidade por doenças crônico-degenerativas aumenta, a exemplo das doenças cardiovasculares, neoplasias além das causas externas.⁸

Esta transição pela qual o Brasil está passando é semelhante ao ocorrido em países desenvolvidos. É uma consequência das melhorias das condições de vida, evitando a transmissão e a perpetuação de doenças infecciosas, através de suprimento de água tratada, esgoto, melhoria na nutrição, vacinação, campanhas de saúde, além de estar diretamente relacionadas com o desenvolvimento econômico.⁸

Em 1930 a mortalidade por doenças infecto-parasitárias representaram 46% do total dos óbitos enquanto em 1985 representavam apenas 7%. As doenças do aparelho circulatório

representaram 12% em 1930 e subiram para 33% em 1985, enquanto as causas externas e as neoplasias tiveram o maior aumento proporcional, de 2% para 12% do total de óbitos.⁸

Outro aspecto que tem modificado o perfil de mortalidade é o envelhecimento da população, o qual se apresenta como uma tendência mundial. O envelhecimento populacional é uma consequência do declínio da fecundidade, associada à redução da mortalidade. No Brasil, a população com idade superior a 60 anos era de 4% em 1940, passando a 8% no ano de 1996.⁹

Um aspecto do envelhecimento diz respeito a feminilização da velhice, decorrente das menores taxas de mortalidade nas mulheres em todas faixas etárias. Quanto mais avançada for a idade do grupo em estudo mais feminilizado ele será.⁹

Em uma população com idades mais avançadas ocorre mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade, com um aumento da incidência de doenças de caráter crônico como doenças cardiovasculares e neoplasias, causando uma tendência onde se observa uma maciça ocupação de leitos hospitalares.¹⁰

Os homens diferem das mulheres quanto às questões relacionadas à saúde tanto em relação às características físicas e biológicas quanto em relação às questões comportamentais. Estas diferenças caracterizam o sexo e o gênero do homem e da mulher.²

O sexo, masculino ou feminino, é constituído pelo conjunto de todas as características intrínsecas e imutáveis determinadas geneticamente, caracterizando particularidades fisiológicas específicas do homem e da mulher.²

Por outro lado o gênero, homem ou mulher, é um conjunto de características mutáveis, determinadas pela estrutura social da época, relacionado à estrutura política, econômica, jurídica e religiosa. É formado pelo conjunto de valores, sentimentos e condutas, com as quais mantêm a relação com a sociedade.²

A importância desta diferenciação provém do fato de que a maioria dos casos de morbimortalidade apresentam uma associação tanto com fatores biológico intrínsecos, como com fatores comportamentais. Sabe-se por exemplo, que existe associação de câncer de pele com a exposição ao sol, sendo que o número de casos desta patologia será muito maior em uma população que tenha o hábito de se expor ao sol com mais frequência, porém a incidência será muito maior nas pessoas de pele mais clara desta população.

Chor, Duchiade e Jourdan¹ fazem o seguinte comentário sobre sexo e gênero: *as diferenças biológicas entre homens e mulheres podem justificar, em parte, o diferencial de mortalidade nos*

grupos etários mais idosos, em relação à mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes, e também na mortalidade perinatal e infantil, fica evidente, por outro lado, que as principais causas de óbito em jovens não se explicam através daquelas diferenças. Neste caso, os excessos de mortalidade devem-se aos riscos de vida (ou de morte?) a que é submetida a população masculina.

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais

Analisar o perfil epidemiológico da saúde do homem no estado de Santa Catarina, através da análise e comparação dos indicadores que medem a saúde do homem e da mulher do estado.

2.2 Específicos

Analisar os indicadores de mortalidade por causa, de acordo com o sexo e faixa etária.

Analisar os indicadores de morbidade por causa, de acordo com o sexo.

3. MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um estudo descritivo transversal, realizado através de dados secundários.

3.2 População de estudo

O estudo foi baseado na população masculina e feminina do estado de Santa Catarina.

3.3 Período de estudo

O período da análise é o ano de 2005.

3.4 Fonte de dados

Os dados referentes às mortalidades foram obtidos pelo Banco de Dados do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), enquanto os dados referentes a morbidade foram obtidos através do Banco de Dados Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ambos através da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, sendo que todos dados foram obtidos com a classificação do CID-10.

Dados quanto à população foram obtidos através de estimativas populacionais dos censos demográficos do IBGE.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados através das páginas de internet do Datasus (<http://www.datasus.gov.br/>), da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (<http://www.saude.sc.gov.br/>) e do IBGE (<http://www.ibge.gov.br/>).

3.6 Indicadores Selecionados

Foram calculados os coeficientes e percentuais de mortalidade por faixas etárias em homens e mulheres, além das principais causas de mortalidade de acordo com o sexo entre 20 e 59 anos. Foram calculados ainda o percentual de mortalidade para as principais causas de óbitos em homens.

Os coeficientes de mortalidade para algumas das principais causas de mortalidade como causas externas, doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho digestivo, transtornos

mentais e doenças infecto-parasitárias, além dos percentuais de internação por causa em homens e mulheres, vide anexos 1-10.

3.7 Análise estatística

Os coeficientes e percentuais foram calculados no programa estatístico Excel, e as razões masculino/feminino dos coeficientes de mortalidade e seus respectivos intervalos de confiança no programa Epi Info.

4. RESULTADOS

Em Santa Catarina observamos que a população feminina é maior do que a masculina (tabela 1). No entanto, analisando por faixas etárias, vemos que nas faixas etárias mais jovens a população masculina é maior e apenas após os 30 anos é que se observa uma predominância feminina.

Tabela 1 - População residente por faixa etária. Santa Catarina 2005.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
< 20	1138683	1099501	2238184
20 a 29	507467	505232	1012699
30 a 39	481868	487765	969633
40 a 49	363599	368248	731847
50 a 59	219467	226991	446458
> 59	210778	256991	467769
Total	2921862	2944728	5866590

De um modo geral, a mortalidade aumenta progressivamente com o avanço da idade, com uma rápida aceleração nas idades mais avançadas, tanto no homem como na mulher (tabela 2). Os óbitos masculinos ocorrem de um modo mais esparsos, ocorrendo uma maior proporção de óbitos em idades mais novas, diferente das mulheres, nas quais há uma grande concentração em idades avançadas, por isso havendo uma forte aceleração da mortalidade feminina nestas idades.

O risco de óbito é cerca de 40% maior nos homens, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (tabela 3).

Os homens morrem mais do que as mulheres em todas as faixas etárias, desde a infância até a velhice. A sobremortalidade masculina apresenta um pico na faixa que compreende os adultos jovens, entre 20 e 29 anos, onde o risco de óbito é cerca de três vezes o da mulher, ocorrendo uma diminuição com o avançar da idade, com a menor diferença de mortalidade ocorrendo após os 59 anos. A tabela 3 demonstra a maior mortalidade masculina em relação à feminina em todas as faixas etárias, apresentando diferença significativa ($p < 0,001$).

Tabela 2 – Número e proporção de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes dos sexos masculino e feminino por faixas etárias. Santa Catarina 2005.

Idade	Masculino			Feminino		
	Nº	%	Coeficiente	Nº	%	Coeficiente
< 20	1221	7,10	107,23	790	6,44	71,85
20 a 29	1046	6,08	206,12	324	2,64	64,13
30 a 39	1148	6,67	238,24	448	3,65	91,85
40 a 49	1830	10,64	503,30	909	7,41	246,84
50 a 59	2462	14,31	1.121,81	1367	11,14	602,23
> 59	9494	55,19	4.504,27	8433	68,72	3.281,44
Total	17201	100,00	588,70	12271	100,00	416,71

Tabela 3 – Razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo de confiança (95%) por faixa etária. Santa Catarina 2005.

Idade	RC	IC 95%	p
< 20	1,49	1,36-1,63	< 0,001
20 a 29	3,21	2,84-3,64	< 0,001
30 a 39	2,59	2,33-2,89	< 0,001
40 a 49	2,04	1,88-2,21	< 0,001
50 a 59	1,86	1,74-1,99	< 0,001
> 59	1,37	1,33-1,41	< 0,001
Total	1,41	1,38-1,45	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

No sexo masculino, observamos que a principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas causas externas como a segunda causa, as neoplasias como terceira e as doenças respiratórias como a quarta maior causa de óbitos no homem (tabela 4).

Em homens mais novos, com menos de 50 anos, a principal causa de mortalidade são as causas externas, exceto na faixa etária entre 0 e 9 anos de vida.

A maior incidência de óbitos por causas externas ocorre na faixa que compreende jovens e adultos jovens. Entre 20 e 29 anos de idade, o número de óbitos por causas externas foi mais de 15 vezes superior ao número de óbitos pela segunda causa, que foram as doenças infecto-parasitárias, e entre 10 e 19 anos foi mais de 20 vezes superior à segunda causa, que foram as

neoplasias. Quanto maior a faixa etária, menor a incidência das causas externas, dando lugar às doenças do aparelho circulatório.

Os óbitos por doenças do aparelho circulatório apresentam incidência maior em idades mais avançadas, sendo que quanto maior a idade mais óbitos ocorrem. Analisando as faixas etárias, as doenças cardiovasculares só passam a ser a principal causa de mortalidade após os 50 anos.

As neoplasias, a terceira principal causa de mortalidade no homem, apresenta uma grande incidência, estando sempre entre as três principais causas em todas as faixas etárias, com exceção da faixa entre 0 e 9 anos.

Tabela 4 - Número e proporção de óbitos masculinos segundo principais causas (capítulos CID-10) por faixa etária. Santa Catarina 2005.

Faixa etária	1º Lugar		2º Lugar		3º Lugar		4º Lugar	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 a 9	Perinatais n=328	46,32%	Anomalias Congênitas n=116	16,38%	Causas Externas n=93	13,13%	Aparelho respiratório n=44	6,21%
10 a 19	Causas externas n=424	82,26%	Neoplasias n=20	3,89%	Sistema nervoso n=16	3,11%	Aparelho respiratório n=11	2,14%
20 a 29	Causas externas n=834	79,73%	Infecção-parasitárias n=54	5,16%	Neoplasias n=42	4,01%	Aparelho circulatório n=25	2,39%
30 a 39	Causas externas n=575	50,08%	Infecção-parasitárias n=149	12,97%	Neoplasias n=101	8,79%	Aparelho circulatório n=99	8,62%
40 a 49	Causas externas n=507	27,70%	Aparelho circulatório n=319	17,43%	Neoplasias n=312	17,04%	Mal Definidas n=163	8,90%
50 a 59	Aparelho circulatório n=706	28,67%	Neoplasias n=600	24,37%	Causas externas n=346	14,05%	Mal Definidas n=208	8,44%
60 a 69	Aparelho circulatório n=1064	33,43%	Neoplasias n=832	26,14%	Dças do aparelho respiratório n=324	10,18%	Mal Definidas n=275	8,64%
70 a 79	Aparelho circulatório n=1223	34,55%	Neoplasias n=761	21,50%	Dças do aparelho respiratório n=603	17,03%	Mal Definidas n=315	8,90%
> 80	Aparelho circulatório n=978	35,26%	Aparelho respiratório n=512	18,46%	Neoplasias n=422	15,21%	Mal Definidas n=356	11,75%
Total	Aparelho circulatório n=4455	25,80%	Causas externas n=3161	18,31%	Neoplasias n=3118	18,06%	Dças do aparelho respiratório n=1765	10,22%

Embora as doenças cardiovasculares sejam as principais causas de óbitos no sexo masculino elas não são a maior causa de mortalidade no grupo formado pelos homens adultos de Santa Catarina, entre 20 e 59 anos de idade (tabela 5). A principal causa de óbitos nesse grupo são as causas externas, sendo que o coeficiente de mortalidade por causas externas neste grupo é mais do que o dobro do coeficiente por doenças cardiovasculares, a segunda causa. Em terceiro lugar estão as neoplasias, seguidas por doenças infecciosas e parasitárias.

Nas mulheres de mesma faixa etária, diferentemente dos homens, as causas externas não são as principais causas de mortalidade, sendo que ocupam apenas a terceira posição. A principal causa de mortalidade nas mulheres são as neoplasias, seguidas então pelas doenças do aparelho circulatório.

Tabela 5 - Número e proporção de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes dos sexos masculino e feminino segundo Causa Capítulo CID-10 entre as idades de 20 e 59 anos. Santa Catarina 2005.

Causa Capítulo	Masculino			Feminino		
	Nº	%	Coeficiente	Nº	%	Coeficiente
Causas externas	2262	34,88	143,86	397	13,12	25,00
Neoplasias	1055	16,27	67,09	893	29,50	56,23
Doenças do aparelho circulatório	1149	17,72	73,07	738	24,38	46,47
Doenças infecciosas e parasitárias	464	7,15	29,51	234	7,73	14,73
Doenças do aparelho digestivo	404	6,23	25,69	118	3,90	7,43
Doenças do aparelho respiratório	265	4,09	16,85	175	5,78	11,02
Doenças endócrinas e metabólicas	131	2,02	8,33	127	4,20	8,00
Transtornos mentais e comportamentais	133	2,05	8,46	21	0,69	1,32
Doenças do sistema nervoso	77	1,19	4,90	45	1,49	2,83
Outros	98	1,51	6,23	97	3,20	6,11
Mal Definidas	448	6,91	28,49	182	6,01	11,46
Total	6486	100,00	412,49	3027	100,00	190,59

Em todos os grupos de causas, agrupadas pelo CID-10, encontramos uma sobremortalidade masculina, através de um coeficiente de mortalidade maior, de acordo com a tabela 5. Foi encontrada uma diferença significativa ($p < 0,005$) entre a mortalidade masculina e feminina em

quase todas as causas, com exceção nas doenças endócrinas e metabólicas ($p = 0,741$) e no grupo “outras causas” (tabela 6).

As maiores diferenças de mortalidade entre homens e mulheres, evidenciadas pela razão de coeficientes, são observadas nos transtornos mentais e comportamentais onde o risco é 6,36 vezes maior no homem, e nas causas externas, com risco 5,76 vezes maior nos homens.

Tabela 6 - Razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo de confiança (95%) entre 20 e 59 anos, segundo principais causas (capítulo CID-10). Santa Catarina 2005.

Causa Capítulo	RC	IC 95%	p
Causas externas	5,76	5,17-6,40	< 0,001
Neoplasias	1,19	1,09-1,30	< 0,001
Doenças do aparelho circulatório	1,57	1,43-1,72	< 0,001
Doenças infecciosas e parasitárias	2,00	1,71-2,34	< 0,001
Doenças do aparelho digestivo	3,46	2,82-4,25	< 0,001
Doenças do aparelho respiratório	1,53	1,26-1,85	< 0,001
Doenças endócrinas e metabólicas	1,04	0,82-1,33	0,741
Transtornos mentais e comportamentais	6,36	4,01-10,07	< 0,001
Doenças do sistema nervoso	1,73	1,20-2,50	0,003
Outros	1,02	0,77-1,35	0,887
Mal Definidas	2,49	2,09-2,95	< 0,001
Total	2,16	2,07-2,26	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

A mortalidade por causas externas, na população entre 20 e 59 anos, é muito maior no sexo masculino. A sobremortalidade masculina é observada em todas as principais causas externas, nos acidentes de trânsito, homicídios e suicídios (tabela 7). Na tabela 8 é demonstrado que o risco de óbito por causa externa é maior no homem, sendo 5,70 vezes o da mulher, e a maior diferença é observada nos homicídios, onde o risco é cerca de oito vezes o observado no sexo feminino, sendo que em todas as causas externas se observa uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a mortalidade masculina e feminina.

Tabela 7 - Número e proporção de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por causas externas do sexo masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos. Santa Catarina 2005.

Sexo e faixa etária	Homicídio		Suicídio		Acidente de transporte		Todas causas externas	
	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente
Masculino								
20-29 anos	189	37,24	66	13,01	466	91,83	834	164,35
30-39 anos	110	22,83	64	13,28	285	59,14	575	119,33
40-49 anos	71	19,53	62	17,05	249	68,48	507	139,44
50-59 anos	43	19,59	77	35,09	144	65,61	346	157,65
Total	413	26,27	269	17,11	1144	72,75	2262	143,86
Feminino								
20-29 anos	19	3,76	15	2,97	88	17,42	134	26,52
30-39 anos	15	3,08	18	3,69	41	8,41	91	18,66
40-49 anos	9	2,44	10	2,72	55	14,94	91	24,71
50-59 anos	9	3,96	20	8,81	32	14,10	81	35,68
Total	52	3,27	63	3,97	216	13,60	397	25,00

Tabela 8 - Razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo de confiança (95%) entre 20 e 59 anos, segundo causas externas. Santa Catarina 2005.

Causa Externa	RC	IC 95%	p
Homicídio	7,94	5,95-10,60	< 0,001
Suicídio	4,27	3,25-5,62	< 0,001
Ac. Transporte	5,30	4,58-6,13	< 0,001
Todas Causas Externas	5,70	5,12-6,34	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

Observamos ainda, através dos coeficientes, que a sobremortalidade masculina por causas externas ocorre em todas as faixas etárias, em todas as causas.

Considerando os óbitos por causas externas nas diversas faixas etárias, vemos que a mortalidade por esta causa apresenta dois picos de incidência. Nos homens, a maior mortalidade por causas externas, ocorre na faixa etária mais jovem, entre 20 e 29 anos, sendo que a faixa entre 50 e 59 anos também apresenta altos níveis de mortalidade, embora em níveis um pouco menores. Nas mulheres a mortalidade por causas externas entre 50 e 59 anos é superior àquela encontrada entre 20 e 29.

Das três principais causas externas, os acidentes de transporte são a principal causa de óbitos em ambos os sexos e em todas as faixas etárias, seguido pelo homicídio e pelo suicídio, respectivamente.

O número de óbitos por homicídios assim como o coeficiente de mortalidade no sexo masculino, apresenta os maiores valores entre 20 e 29 anos, com um declínio progressivo com o avanço da faixa etária estudada. Já no sexo feminino observamos uma relativa estabilidade da mortalidade por homicídio nas diversas faixas etárias, com um leve aumento entre 50 e 59 anos.

A mortalidade por suicídio no sexo masculino, ao contrário do observado nos homicídios, apresenta um aumento com idades mais avançadas, ocorrendo grandes aumentos da mortalidade após os 50 anos. Se observa o mesmo comportamento na mortalidade por suicídio nas mulheres, ocorrendo um acentuado aumento após os 50 anos.

Os acidentes de transporte causaram um grande número de óbitos assim como um elevado coeficiente de mortalidade em homens entre 20 e 29 anos de vida. Houve uma brusca diminuição da mortalidade entre os 30 e 39 anos de vida, se mantendo em níveis relativamente constantes nas faixas etárias mais avançadas. No sexo feminino o risco de óbito entre 20 e 29 anos não é tão intenso, sendo que também se observou uma diminuição da mortalidade após os 30 anos, embora de maneira menos brusca.

A tabela 9 apresenta a mortalidade por doenças cardiovasculares na população adulta entre 20 e 59 anos. As doenças isquêmicas do coração causaram um número de óbitos mais de duas vezes maior no sexo masculino em relação ao feminino, ocasionando um coeficiente de mortalidade maior nos homens. A razão de coeficientes demonstra um risco maior nos homens, sendo cerca de 2,30 vezes maior do que na mulher, com diferença significativa ($p < 0,001$) entre homens e mulheres. A principal doença isquêmica do coração é o infarto agudo do miocárdio, no qual o risco é 2,20 vezes maior no homem.

Ocorreu um número de óbitos por doenças cerebrovasculares levemente superior nos homens, no entanto não se encontrou diferença estatística significativa ($p = 0,527$).

A mortalidade por insuficiência cardíaca é bem inferior à mortalidade por doenças cerebrovasculares e por doenças isquêmicas do coração, em ambos os sexos. Os óbitos por insuficiência cardíaca também foram levemente superiores nos homens, e sem diferença significativa ($p = 0,330$) entre homens e mulheres.

Tabela 9 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por doenças cardiovasculares dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.

Doença cardiovascular	Masculino		Feminino		RC	IC 95%	p
	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente			
Doenças isquêmicas do coração	534	33,90	231	14,48	2,31	1,98-2,70	< 0,001
... Infarto agudo do miocárdio	385	24,48	175	10,96	2,20	1,84-2,63	< 0,001
Doenças cerebrovasculares	252	16,03	238	14,99	1,06	0,89-1,26	0,527
Insuficiência cardíaca	47	2,93	38	2,39	1,24	0,81-1,90	0,330
Total	833	52,85	507	31,86	1,51	1,35-1,69	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

As neoplasias, terceira maior causa de óbitos nos sexo masculino (tabela 4), causam mais óbitos no sexo masculino, e a razão de coeficientes demonstra um risco cerca de 20% maior no homem, com diferença significativa ($p < 0,001$) (tabela 10).

Tabela 10 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por neoplasias dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.

Neoplasia	Masculino		Feminino		RC	IC 95%	p
	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente			
Traquéia, brônquios e pulmões	163	10,37	78	4,91	2,09	1,60-2,74	< 0,001
Estômago	119	7,57	55	3,46	2,16	1,57-2,98	< 0,001
Esôfago	115	7,31	17	1,07	6,77	4,07-11,26	< 0,001
Outras neoplasias	658	41,85	743	46,78	0,89	0,80-0,98	0,023
Total	1055	67,09	893	56,23	1,18	1,08-1,29	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

No entanto estas relações mudam de acordo com o tipo de neoplasia. Dentre as neoplasias aqui analisadas, a maior razão de coeficientes entre o sexo masculino e feminino foi encontrado na neoplasia de esôfago. Nesta neoplasia a razão de coeficientes mostra que o risco do homem é mais de 6 vezes o risco da mulher. Nas neoplasias de traquéia, brônquios e pulmões e de

estômago os coeficientes são cerca de duas vezes maior no homem. Nestas três neoplasias encontramos diferença significativa ($p < 0,001$) entre os sexos.

Em relação as demais neoplasias agrupadas, as mulheres apresentaram uma maior mortalidade, com diferença significativa.

A mortalidade por doenças do aparelho digestivo é maior nos homens, sendo que o risco de óbitos é mais de três vezes maior no homem, com diferença significativa ($p < 0,001$).

Dentre as doenças do aparelho digestivo se observa uma grande sobremortalidade masculina pela doença alcoólica do fígado. O coeficiente no sexo masculino é 7,26 vezes maior nos homens. As outras doenças do aparelho digestivo também apresentam maior coeficiente nos homens, embora em níveis menores que a doença alcoólica do fígado, sendo que ambas apresentam diferença significativa.

Tabela 11 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por doenças do aparelho digestivo dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.

Doença do aparelho digestivo	Masculino		Feminino		RC	IC 95%	p
	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente			
Doença alcoólica do fígado	138	8,78	19	1,20	7,26	4,50-11,73	< 0,001
Outras doenças do aparelho digestivo	266	16,92	99	6,23	2,69	2,13-3,38	< 0,001
Total	404	25,69	118	7,43	3,42	2,79-4,20	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

Dos transtornos mentais, o que mais causa óbitos são aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sendo que a substância mais relacionada é o álcool. (tabela 12).

Em geral, os óbitos pelos transtornos mentais acometem mais os homens, com risco mais de seis vezes maior. A maior parte destes transtornos é devido ao uso de álcool, sendo que nestes o coeficiente masculino chega a ser 14 vezes maior no homem, ambos com diferença significativa ($p < 0,001$) entre homens e mulheres.

Outros transtornos mentais e comportamentais causaram um baixo número total de óbitos tanto no sexo masculino como no feminino, no entanto o número de óbitos foi maior no sexo feminino, porém sem diferença significativa.

Tabela 12 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por transtornos mentais dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.

Transtornos mentais	Masculino		Feminino		RC	IC 95%	p
	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente			
Por uso substância psicoativa	125	7,95	10	0,63	12,50	6,56-23,80	< 0,001
.... devido ao uso álcool	115	7,31	8	0,50	14,38	7,02-29,43	< 0,001
Outros transtornos mentais	8	0,51	11	0,69	0,73	0,29-1,81	0,491
Total	133	8,46	21	1,32	6,33	4,00-10,03	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

As doenças infecto-parasitárias causam mais óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos do que no feminino (tabela 13). O número total de óbitos foi mais do que o dobro no sexo masculino, sendo o coeficiente cerca de duas vezes maior, com diferença significativa ($p < 0,001$).

A doença infecto parasitária que mais causa óbitos no nosso estado nessa faixa etária é a AIDS, sendo mais frequente no sexo masculino. O risco de óbitos por AIDS foi quase duas vezes maior nos homens, com diferença significativa ($p < 0,001$).

As hepatites virais causaram um baixo número de óbitos e de um modo geral houve mais óbitos no sexo masculino. No entanto não foram encontradas diferenças significativas ($p = 0,687$, $0,070$ e $0,405$), tanto a hepatite B, a hepatite C e as outras hepatites virais respectivamente.

O número de óbitos por tuberculose nos homens foi muito maior do que nas mulheres, sendo que o risco foi quase dez vezes maior do que em uma mulher, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) Já a leptospirose causou óbitos apenas no sexo masculino, não sendo documentado nenhum óbito no sexo feminino.

A principal causa de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos (tabela 14) está relacionada às causas externas, lesões e envenenamentos. Embora as doenças do aparelho digestivo sejam apenas a sexta maior causa de óbitos ela é a segunda maior causa de internação, seguida então, pelas doenças do aparelho circulatório.

Nas mulheres, as internações por causas externas têm pouca importância, sendo apenas a sexta maior causa de internações. As doenças do aparelho digestivo, assim como no sexo masculino, são uma importante causa de internações, sendo a terceira maior causa, assim como as

Tabela 13 - Número de óbitos e coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes por doenças infecto parasitárias dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos, razão masculino/feminino de coeficientes de mortalidade e intervalo confiança (95%). Santa Catarina 2005.

DIP	Masculino		Feminino		RC	IC 95%	p
	Nº	Coeficiente	Nº	Coeficiente			
Aids	304	19,33	159	10,01	1,91	1,58-2,32	< 0,001
Hepatite B	4	0,25	2	0,13	2,00	0,37-10,92	0,687
Hepatite C	11	0,70	4	0,25	2,75	0,88-8,64	0,070
Outras Hep. Virais	8	0,51	5	0,31	1,60	0,52-4,89	0,405
Tuberculose	28	1,78	3	0,19	9,33	2,84-30,70	< 0,001
Leptospirose	12	0,76	0	0	-	-	-
Total	367	23,34	173	10,89	2,12	1,77-2,54	< 0,001

*RC= Razão de Coeficientes

*IC= Intervalo de Confiança

Tabela 14 - Número e proporção de internações dos sexos masculino e feminino entre as idades de 20 e 59 anos segundo causas Capítulo CID-10. Santa Catarina 2005.

Capítulo CID-10	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doenças infecciosas e parasitárias	4709	6,25	3499	4,73	8208	4,02
Neoplasias	5173	6,87	9160	12,39	14333	7,02
Transtornos mentais e comportamentais	8032	10,66	3700	5,01	11732	5,75
Doenças do sistema nervoso	2226	2,96	2012	2,72	4238	2,08
Doenças do aparelho circulatório	9839	13,06	11822	15,99	21661	10,61
Doenças do aparelho respiratório	7481	9,93	7449	10,08	14930	7,32
Doenças do aparelho digestivo	10814	14,36	9512	12,87	20326	9,96
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1410	1,87	793	1,07	2203	1,08
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	4994	6,63	3656	4,95	8650	4,24
Doenças do aparelho geniturinário	3631	4,82	11801	15,97	15432	7,56
Lesões, envenenamento e outras causas externas	12130	16,10	4267	5,77	16397	8,03
Contatos com serviços de saúde	1785	2,37	1689	2,29	3474	1,70
Outros	3102	4,12	4555	6,16	7657	3,75
Total	75326	100,00	73915	100,00	204071	100,00

*Excluídas as internações por gravidez, parto e puerpério.

doenças do aparelho circulatório que são as maiores causadoras de internação no sexo feminino. Ganha grande importância no sexo feminino as doenças geniturinárias, as quais causam três vezes mais internações em relação ao sexo masculino, sendo a segunda maior causa de internação no sexo feminino.

Nem sempre um maior número de internações está associado com um maior número de óbitos. Podemos observar que ocorre um grande número de internações por transtorno mental e comportamental no sexo masculino, sendo a quarta maior causa de internação, embora seja responsável por apenas 2% dos óbitos.

Além disso, um maior número de internações em um determinado sexo também não está sempre relacionado a uma maior mortalidade neste sexo. Nas mulheres é relatado um maior número de internações por neoplasias e por doenças cardiovasculares, embora a mortalidade por estas causas seja maior nos homens.

5. DISCUSSÃO

Muitos estudos demonstram que o risco de mortalidade no homem é superior ao das mulheres.^{1,2} No Brasil, os coeficientes de mortalidade masculino são cerca de 50% superiores aos femininos e a maior diferença entre os sexos é observado entre 20 e 39 anos de idade, quando há cerca de três mortes masculinas para uma feminina.² Tais características também estão presentes em Santa Catarina, onde a mortalidade masculina foi superior a feminina em todas as faixas etárias e a maior diferença de mortalidade entre os sexos foi observada entre os adultos jovens.

Assim como observado no presente estudo em Santa Catarina, as doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito em homens no Brasil, seguidas pelas causas externas. No entanto, analisando por faixas etárias, as causas cardiovasculares são a principal causa de óbito somente em idades mais avançadas, que compreendem pessoas acima de 40 anos, sendo que nas faixas etárias mais novas as causas externas prevalecem.²

Observamos em Santa Catarina que as maiores diferenças entre a mortalidade masculina e feminina são encontradas nas causas externas e com os transtornos mentais e comportamentais. No Brasil, estas causas também apresentam grandes diferenças de mortalidade entre os sexos.⁸

Uma das características mais marcantes da transição epidemiológica, pela qual o Brasil está passando, é a expressiva elevação da morbi-mortalidade por causas externas ao longo dos últimos anos.⁸

Um destaque maior aos óbitos por causas externas na saúde pública já vem sendo demonstrada em outros trabalhos.^{8,11} No Brasil, as mortes por causas externas vêm ganhando cada vez mais importância com o passar dos anos, sendo que a representatividade das causas externas no número total de óbitos mais do que dobrou entre os anos de 1960 e 1999 e o coeficiente de mortalidade aumentou cerca de 90% durante este período.¹¹ A violência, que é a principal responsável pelo aumento dos óbitos por causa externa, adquiriu características epidêmicas e se transformou em um dos problemas de saúde mais sérios da América Latina.¹²

A grande importância da causa externa como causa de mortalidade é observada em Santa Catarina, onde é a segunda maior causa de óbitos no sexo masculino, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, sendo que é a principal causa nas faixas etárias que compreendem adultos jovens. Esta característica também é observada em outras regiões de

estudo, inclusive no Brasil, onde as causas externas foram a segunda maior causa de mortalidade no sexo masculino, atrás apenas das doenças do aparelho circulatório.²

A sobremortalidade masculina por causas externas é uma característica epidemiológica presente em quase todos os países, desenvolvidos ou em desenvolvimento. O Brasil não é uma exceção e também apresentam uma sobremortalidade masculina para causas externas, com um coeficiente de mortalidade de 119,0/100 mil para os homens e de 21,8 para as mulheres, indicando um risco 5,5 vezes maior nos homens.¹³ Em Santa Catarina, observamos um número total de óbitos, assim como um coeficiente de mortalidade por causas externas muito maior no sexo masculino em comparação ao feminino, sendo que a razão de coeficientes foi de 5,70, semelhante ao relatado no Brasil. Já no município de São Paulo (SP) existe uma diferença maior entre os sexos, decorrente de um grande número de homicídios no qual existe uma grande participação masculina, sendo que mais de 90% dos óbitos por causas externas ocorrem no sexo masculino, com uma razão entre os coeficientes de 7,3.¹¹

O maior risco do homem está presente em todas as causas externas quando analisadas separadamente, assim como quando se analisa as diferentes faixas etárias.^{11,13}

A mortalidade por causas externas não apresenta valores homogêneos para as diversas faixas etárias. Tanto o número total de mortes quanto o coeficiente de mortalidade apresentam um pico nos adolescentes e adultos jovens, com um declínio em idades mais avançadas, em ambos os sexos, em Santa Catarina e em outras regiões de estudo.^{11,12}

As maiores taxas de mortalidade por causas externas no Brasil são encontradas na população que apresenta entre 15 e 29 anos, ocorrendo um declínio da mortalidade com o avançar da idade, no entanto na população idosa, com mais de 60 anos, se observa um grande aumento da mortalidade, chegando a valores próximos aos dos jovens. O aumento na população idosa ocorre devido a um maior risco a causas externas assim como uma maior vulnerabilidade física na população idosa.¹³

Dentre as causas externas, o acidente de trânsito foi o mais frequente no estado de Santa Catarina, responsável por mais da metade do número total de óbitos em ambos os sexos.

Esta característica do estado de Santa Catarina, onde os acidentes de transportes são a principal causa externa causadora de óbitos é contraditório com os resultados obtidos em outros estudos que analisaram o Brasil e outras regiões. No ano de 1999 na cidade de São Paulo (SP), o homicídio foi a principal causa externa geradora de óbitos, responsável por 64,6% dos óbitos,

seguido então pelos acidentes de trânsito, que causaram 13,6% dos óbitos totais.¹¹ Os homicídios também foram a principal causa de óbitos no Brasil em 2002, representando 38,3% do total, enquanto os acidentes de trânsito foram a segunda causa, responsáveis por 25% dos óbitos.¹³

Os homicídios foram a segunda causa de óbito por causas externas em Santa Catarina em adultos, representando cerca de 17% dos casos. E como já comentado anteriormente, estes valores são muito diferentes quando comparados a outras regiões do país e ao Brasil como um todo, nos quais o homicídio é a principal causa, com valores bem mais elevados.

Os suicídios ficaram em terceiro lugar. Foram responsáveis por cerca de 12% dos óbitos por causas externas, valor mais de duas vezes superior ao encontrado no Brasil, no qual os suicídios representaram 5,7% dos óbitos.¹³

Nos países desenvolvidos, entre os óbitos por causas externas predominam as causas externas não-intencionais como o acidente de trânsito, e entre as causas intencionais se observa prevalência do suicídio, enquanto nos países em desenvolvimento predominam os óbitos por homicídios.¹¹ No Brasil, ao contrário dos países desenvolvidos, se observa uma grande importância dos homicídios nas estatísticas de causas externas.¹⁴

Assim, podemos dizer que o estado de Santa Catarina se encontra em um nível intermediário entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, já que a principal causa externa é não-intencional, por acidentes de trânsito, como nos países desenvolvidos, no entanto o homicídio ainda é a principal causa intencional, típico de países em desenvolvimento.

Os óbitos por acidente de trânsito em Santa Catarina apresentam uma nítida superioridade no sexo masculino. Observamos uma frequência cerca de cinco vezes maior no sexo masculino.

A mortalidade por acidentes de trânsito no Brasil e nas capitais estaduais também é maior nos homens, sendo que os coeficientes masculinos são em média três vezes maiores que o feminino.¹⁵ Em Londrina (PR) há uma evidente superioridade no sexo masculino quanto ao acidente de trânsito, sendo que mais de 70% dos acidentes ocorreram no sexo masculino, tanto nos casos em que houve apenas lesões como nos casos em que as lesões levaram ao óbito.¹⁶

Aparentemente não existem fatores bio-fisiológicos que aumentem a predisposição masculina ao óbito por acidentes de trânsito, portanto a sobremortalidade masculina deve ser explicada apenas pelas diferenças do gênero, as quais incluem diferenças comportamentais e sociais entre o homem e a mulher.¹⁶

Existe uma grande relação entre os acidentes de trânsito e o álcool, sendo este o maior fator de risco. O consumo de álcool é o maior fator associado a acidentes de trânsito pois ele diminui a capacidade de condução de um veículo, tornando lenta a tomada de decisões além de diminuir os reflexos e as habilidades psicomotoras.¹⁷

Em um estudo sobre acidentes de trânsito em Paulina (SP), foi relatado que após o consumo de álcool o risco de sofrer algum acidente de trânsito foi 184% maior em ambos os sexos.¹⁷ Na cidade de São Paulo (SP) mais de 50% dos óbitos por acidente de trânsito estão relacionadas ao uso de álcool.¹⁸

No Brasil, o consumo de álcool é um problema de saúde pública, sendo que é a droga mais utilizada em qualquer faixa etária e o consumo entre jovens vem aumentando. É um problema multifatorial, dependendo dentre outros fatores do convívio social, da base familiar, de crenças, da facilidade de compra, do preço.¹⁹

O consumo de álcool tem sido relatado por estudos anteriores com uma maior prevalência sexo masculino.^{20,21,22} Nas capitais estaduais da região sul do Brasil, o consumo de álcool é cerca de 40% superior nos homens em comparação às mulheres.²¹ Em Florianópolis, cerca de 72% dos homens referem consumo de pelo menos uma dose de álcool no último mês, enquanto nas mulheres essa proporção cai para 47,7%. O maior uso de álcool pelos homens também é observado no Rio de Janeiro (RJ), sendo que cerca de 63,9% dos homens relatam fazer uso do álcool, enquanto nas mulheres esse percentual cai para 44%.²²

Além de uma maior proporção de homens ser consumidora de álcool, em geral, consomem uma maior quantidade. Em um estudo com funcionários de uma faculdade no Ceará, se observou que além de uma maior prevalência de consumo de bebidas alcoólicas no sexo masculino, foi relatado também uma maior quantidade de álcool ingerida pelos homens.²³ O consumo abusivo é relatado por 29,2% dos homens e 3,7% das mulheres em uma população adulta de Pelotas (RS).²⁴

O alcoolismo, o consumo patológico do álcool, também é mais freqüente no sexo masculino. Em uma pesquisa sobre o alcoolismo em Rio de Janeiro (RJ) foi encontrado uma incidência de alcoolismo em 3% da população adulta em geral, sendo que no sexo masculino a incidência foi três vezes maior do que na mulher, de 4,9% e 1,7% respectivamente.²²

A relação do álcool com causas externas não é restrita aos acidentes de trânsito, havendo também uma relação com homicídio e suicídio. Em um estudo toxicológico com vítimas fatais em São Paulo, foi demonstrado que 48,3% das vítimas apresentavam alcoolemia positiva,

variando de acordo com a causa. Nos casos de acidentes de trânsito e homicídio o álcool esteve associado em mais de 50% dos casos e em mais de 30% dos casos de suicídio.¹⁹

Outra característica dos acidentes de trânsito é o fato de terem um pico dos coeficientes de mortalidade nos adultos jovens, com uma redução em idades mais avançadas, em ambos os sexos. À semelhança de nosso estudo, onde ocorreu o maior número de óbitos na faixa entre 20 e 29 anos em Santa Catarina, se observou que em São Paulo (SP) o adulto jovem é o grupo etário mais acometido, principalmente entre 20 e 24 anos.¹¹ Em Londrina (PR) também se observa uma maior incidência no adulto jovem, principalmente entre 20 e 29 anos, com valores sempre superiores a 30% das demais faixas etárias.¹⁶

Existem várias diferenças comportamentais que fazem com que o jovem do sexo masculino tenha um maior risco ao acidente de trânsito, estando entre elas a inexperiência, a busca por emoções, a impulsividade e ainda o abuso de álcool ou drogas.¹⁶ No jovem, muitas decisões são caracteristicamente impulsivas, ousadas e com confiança excessiva, características que contribuem para um maior risco de sofrer acidentes de trânsito.¹⁷

Em um estudo de comportamento no trânsito em estudantes universitários, foi relatado uma elevada frequência de infrações no trânsito, particularmente altas com os homens. A frequência das infrações, assim como a gravidade destas, foram muito maiores nos jovens do sexo masculino. Uma grande proporção destes jovens já havia praticado infrações como a participação em rachas, condução de veículos após ingestão de álcool, condução em alta velocidade, entre outras.¹⁷

Assim como nos acidentes de trânsito, houve uma maior frequência de suicídio no sexo masculino em Santa Catarina, já relatada em estudos anteriores de outras regiões.^{11,12,13,25}

A frequência do suicídio no sexo masculino em Santa Catarina é cerca de 4,3 vezes maior do que o feminino, no grupo de adultos. Assim como as demais causas externas, o suicídio também causa mais óbitos nos homens no município de São Paulo (SP), onde a razão entre os coeficientes de suicídio dos sexos masculino e feminino também é de 4,3.¹¹ Embora no Brasil os coeficientes de mortalidade por suicídio sejam maiores, diferença entre os sexos é menor, sendo de 2,5 a relação entre os coeficientes de mortalidade masculino e feminino.¹³

A sobremortalidade masculina por suicídio está intimamente relacionada a determinados comportamentos característicos do homem que aumentam o risco para o suicídio, como a impulsividade e a competitividade, os quais estão menos presentes nas mulheres.²⁵

Embora muitas vezes o suicídio esteja relacionado a alterações da saúde mental, como a depressão, muitas vezes situações de stress, como problemas sócio-econômicos, estão presentes. É comum a associação entre o suicídio e as brigas e dissoluções de famílias ou com problemas econômicos, os quais muitas vezes levam aos atritos familiares, podendo também levar ao consumo de álcool, que é outro fator relacionado ao suicídio.²⁶

Em estudos na população inglesa, o desemprego é relatado como a principal variável na taxa de suicídio masculina, estando também relacionada a outras condições de privação, como incapacidade, aposentadoria e doença crônica.²⁷ Como o homem culturalmente se vê no dever de ser o provedor econômico da família, casos de desemprego, dívidas ou empobrecimento significam uma falha do homem em cumprir suas obrigações, tornando-o assim mais propenso ao suicídio em crises econômicas.²⁸

Assim, dificuldades econômicas pela qual um país passa, com altos níveis de desemprego e com instabilidade econômica podem causar um aumento da mortalidade por suicídio.²⁵

O maior consumo de álcool pelo homem o torna mais propenso ao suicídio. Como já mencionado anteriormente, existe uma associação entre o consumo de álcool e a incidência do suicídio. A relação do suicídio com o álcool se baseia na diminuição do grau de interação social com o uso abusivo de álcool, principalmente pela desaprovação deste ato, sendo este um fator de risco para o suicídio.²⁵ Houve relação com o álcool em mais de 30% dos casos de suicídio no município de São Paulo (SP) no ano de 1994.¹⁹

Alguns fatores relacionados aos menores índices de suicídio na mulher são os baixos índices de alcoolismo, as atitudes mais flexíveis, além de buscarem ajuda antes e mais freqüentemente dos que os homens em casos de depressão e doença mental.²⁵

É observado em Santa Catarina um aumento da mortalidade por suicídio em idades mais avançadas, também descrita por outros autores.¹¹ Os maiores índices de mortalidade por suicídio são encontradas em idades mais avançadas, sendo que em torno dos 30 anos já se começa a observar um aumento significativo da mortalidade, ocorrendo um pico de incidência após os 60 anos.¹¹ Embora não tenhamos analisado faixas etárias com mais de 60 anos em Santa Catarina, pudemos observar um aumento da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas que foram analisadas, sendo que entre 40 e 49 anos já houve um significativo aumento e entre 50 e 59 anos observamos um grande aumento da mortalidade, sendo que o coeficiente mais do que dobrou em relação à faixa etária imediatamente anterior.

O aumento do suicídio em idades mais avançadas ocorre pela maior prevalência de quadros de depressão, os quais são mais comuns no fim da vida. Pessoas com mais idade são mais suscetíveis a quadros depressíveis pelo fato de já terem sofrido vários tipos de perdas, como a morte de parentes e amigos, abandono por familiares, solidão, perda de vigor físico, doenças crônicas além da proximidade da morte.²⁹

O homicídio é a principal causa de óbito por causa externas em várias regiões, como o estado de São Paulo e o Brasil,^{11,13,15} no entanto em Santa Catarina o homicídio é a segunda causa de mortalidade entre os homens adultos.

Nos últimos anos tem se observado um grande aumento na incidência de homicídios. A mortalidade por homicídio aumentou cerca de 900% entre os anos de 1960 e 1999 em São Paulo (SP).¹¹ Foram nas faixas etárias mais novas em que houve os maiores aumentos, especialmente entre os 15 e os 24 anos, fazendo assim com que os casos de homicídio tivessem uma grande concentração entre adolescentes e adultos jovens.¹¹

Entre as características mais marcantes quanto aos homicídios é a sua alta prevalência no sexo masculino, nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e adultos jovens e em regiões com baixas condições sócio-econômicas.³⁰ A maior prevalência em homens jovens é observada na população adulta de Santa Catarina, onde o risco de um homem vir a óbito por homicídio é cerca de oito vezes maior do que na mulher, com os maiores índices de mortalidade entre 20 e 29 anos.

O Brasil segue uma tendência mundial em relação à mortalidade por homicídios, ocorrendo uma maior incidência no sexo masculino.³¹ Em 2002 no Brasil, o coeficiente de mortalidade por homicídios foi de 35,1 no homem e de 4,3 na mulher, com uma relação de 8,2.¹³ Na década de 80 no Brasil, ocorreram cerca de 10 vezes mais assassinatos no sexo masculino.³² Em São Paulo (SP), 90% dos homicídios ocorrem no sexo masculino.¹¹

Os homicídios são tipicamente mais frequentes em idades mais novas, sendo que a maior parte dos homicídios ocorrem na idade produtiva, entre 15 e 39 anos.³¹ Em São Paulo (SP) há um pico de incidência entre 15 e 29 anos, ocorrendo um decréscimo progressivo após essa idade, em ambos os sexos.¹¹

A distribuição dos casos de homicídios segundo faixa etária ocorre de um modo diferente de outras causas externas, sendo que os casos de óbitos por acidente de trânsito ou por suicídio

ocorrem mais dispersamente do que no homicídio, onde há uma grande frequência em adolescentes e adultos jovens.³¹

O aumento das taxas de homicídios tem sido atribuídos ao aumento da violência urbana.³³ A violência é um fenômeno amplamente difundido, estando presente em todas as regiões e classes sociais do país, embora em intensidades diferentes. Regiões com grande concentração populacional são as mais acometidas pela violência, assim, as populações urbanas são as mais afetadas.³⁰

O desordenado crescimento econômico, caracterizado pelo enriquecimento de poucos e a marginalização de muitos, criou uma profunda desigualdade social. Foram criados assim, problemas crônicos como o elevado desemprego, a concentração de renda e a desigualdade das condições da vida, os quais tendem a intensificar o aumento da violência e do homicídio.³⁴ O aprofundamento das desigualdades sociais é caracterizado por baixos salários e renda familiar associado a altas inflações, com diminuição do poder de compra.³¹

Em última análise a desigualdade social passa a ser a principal responsável pela violência e aumento das taxas de homicídio.^{31,35} Estudos têm demonstrado relações entre baixas condições sócio-econômicas e taxas de homicídio, sendo que a maior parte das vítimas de homicídio são das classes menos favorecidas economicamente, provenientes da área periférica mais pobre.^{11,30,35}

O crescimento do crime em meio à desigualdade social tem um grande papel no aumento da incidência de homicídios. Os jovens do sexo masculino, de baixa escolaridade e de baixa renda são os mais suscetíveis ao crime, do qual são a base da mão de obra.³¹ Estes jovens acabam enxergando a participação no crime como uma oportunidade, já que sem educação adequada e sem qualificações não conseguem espaço no acirrado mercado de trabalho.³⁶

Embora os altos índices de homicídio estejam relacionados a baixas condições sócio-econômicas, um problema social de tamanha magnitude não deve ser explicado simplesmente por desigualdades econômicas, devendo ser analisado em todos os aspectos possíveis.³⁰ A violência é um fenômeno com características psicossociais, sendo influenciada por características políticas, econômicas e sociais, assim, específica para cada período da história.³⁷

A violência também tem sido relacionado ao uso de álcool e substâncias ilícitas. Pessoas que apresentam dependência ou fazem abuso do álcool têm uma probabilidade maior de cometer delitos ou conduta violenta. Em atos violentos é alto a incidência de uso de álcool ou drogas tanto nos agressores quanto nas vítimas.³⁸

Mais da metade dos casos de homicídios em Campo Grande, no estado de Mato Grosso do Sul, envolve o uso de álcool.³⁶ Cerca de 28% dos paciente atendidos por causa externa em um centro de atenção ao trauma, em São Paulo (SP), apresentavam alcoolemia positiva, sendo que no sexo masculino as proporções encontradas foram maiores.³⁹

Assim, o maior consumo de álcool pelo homem em relação à mulher é uma das causas que torna o homem mais predisposto a óbitos por causas violentas como o homicídio.

Outras causas de óbitos estão diretamente relacionadas ao consumo de álcool, como a doença alcoólica do fígado e os transtornos mentais devido ao uso de álcool.

O desenvolvimento destas patologias está relacionado principalmente ao uso abusivo e crônico de álcool, representado em grande parte pelo alcoolismo. Segundo a OMS, o alcoolismo ocorre quando a dependência pelo álcool afeta a saúde física e mental, suas reações individuais e seu comportamento sócio-econômico, por isso sendo necessário o tratamento.⁴⁰ O alcoolismo é muitas vezes descrito como um complexo conjunto de fatores biopsicosociais, sendo que fatores hereditários são muitas vezes mencionados assim como algumas condições sociais, sendo freqüente a relação de alcoolismo problemas sócio-econômicas como a perda de emprego, problemas conjugais e familiares.⁴¹

As maiores taxas de alcoolismo no homem são descritas em várias regiões, como no Rio de Janeiro (RJ), onde a prevalência é três vezes maior nos homens. Outros países também apresentam maiores taxas de alcoolismo nos homens. Em um estudo temporal no Chile, se observou que a prevalência masculina de alcoolismo sempre se manteve maior do que nas mulheres.⁴²

A maior exposição do homem ao álcool o torna mais predisposto ao desenvolvimento de transtornos mentais pelo uso de álcool e à doença hepática alcoólica, causando uma sobremortalidade masculina.^{40,43} Em Santa Catarina o risco de óbito foi sete vezes maior no homem por doença alcoólica do fígado e doze vezes maior por transtornos mentais por substâncias psicoativas.

Em adultos de Santa Catarina, a grande diferença de mortalidade entre homens e mulheres por transtorno mental por uso de substância psicoativa pode ser explicada pelo fato de que 90% destes transtornos estarem associados ao álcool. Em um estudo sobre transtornos mentais por uso de álcool em Ribeirão Preto (SP), se observou uma incidência 6,7 vezes maior no sexo

masculino, sendo que o principal diagnóstico foi a síndrome da dependência alcoólica seguida pela psicose alcoólica.⁴⁰

A relação entre o álcool e a incidência da doenças alcoólicas do fígado está bem relatada.⁴³ Entre as doenças alcoólicas do fígado ganham destaque a cirrose hepática alcoólica e as não cirróticas, como a hepatite alcoólica. Estão diretamente relacionadas com a dose de álcool ingerida diariamente, assim como com o tempo de exposição ao álcool.⁴³

Embora as mulheres sejam mais suscetíveis, do que o homem, ao desenvolvimento de doenças hepáticas alcoólicas quando expostos à mesma dose de álcool, os homens apresentam uma mortalidade maior por esta causa, devido a exposição muito maior do sexo masculino ao álcool.⁴³

As doenças do aparelho circulatório representam uma das principais causas de mortalidade tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.⁴⁴ Em todas as regiões do Brasil, inclusive em Santa Catarina, as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte, sendo mais prevalente em idades mais avançadas.⁴⁵

Em países desenvolvidos tem se observado uma diminuição da mortalidade por doenças circulatórias em ambos os sexos, decorrente do melhor controle dos fatores de risco e da melhora no atendimento de saúde. Essa redução tem sido observada no Brasil também, em ambos os sexos, embora a diminuição da mortalidade seja mais acentuada no sexo feminino.⁴⁴ Entre 1979 e 1996 houve uma diminuição da mortalidade por doenças circulatórias de 4,5% na população em geral, sendo de 2,2% e 6,6% no sexo masculino e feminino respectivamente.⁴⁴

As doenças do aparelho circulatório são típicas de uma população mais idosa, aumentando sua incidência junto com o aumento da faixa etária estudada. É a partir dos 45 anos que ganham mais importância, passando a ser principal causa de mortalidade e se mantendo assim nas idades mais avançada.⁴⁵

Dentre as doenças do aparelho circulatório, o acidente vasculocerebral é o principal causador de óbitos no Brasil, seguido pela doença isquêmica do coração.⁴⁵

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório na população adulta de Santa Catarina apresenta um padrão diferente em relação ao restante do país. A maior parte dos óbitos ocorrem por doenças isquêmicas do coração, representada principalmente pelo infarto agudo do miocárdio, então seguido pelo acidente vasculocerebral.

Na população masculina do Brasil, assim como observado em Santa Catarina, é encontrado uma mortalidade por doença isquêmica do coração muito superior do que àquela por doença cerebrovascular, sendo mais de duas vezes maior. No entanto, nas mulheres não se observa esta diferença, sendo que há uma mortalidade levemente superior por doenças cerebrovasculares.³

A doença isquêmica do coração, a principal causa de morte por doenças do sistema circulatório em Santa Catarina, apresenta uma sobremortalidade masculina. Os homens de Santa Catarina apresentaram um risco mais de duas vezes maior de vir óbito em relação à mulher por doença isquêmica do coração. Esta sobremortalidade masculina também é relatada em Curitiba (PR), onde os homens apresentam um risco cerca de 50% superior.⁴⁶

A doença isquêmica do coração é decorrente de um suprimento sanguíneo inadequado ao miocárdio, sendo que em mais de 90% dos casos a isquemia é decorrente a obstruções arteriais coronarianas ateroscleróticas.⁴⁷ Assim, o risco de uma pessoa vir a óbito devido a doença isquêmica do coração esta diretamente relacionado ao grau de ateromatose coronária, tanto em relação ao grau de estreitamento como à sua distribuição.

Sabe-se que existem vários fatores para as doenças cardiovasculares, as quais incluem os fatores fisio-biológicos e os sócio-comportamentais. Estes últimos passíveis de serem modificados, como por exemplo o sedentarismo e a alimentação inadequada.⁴⁸

Entre os principais fatores de risco relacionados ao aumento da incidência e gravidade da doença aterosclerótica estão o tabagismo, a dislipidemia, a hipertensão arterial sistêmica, o sedentarismo, o diabetes mellitus e a história familiar positiva.^{47,49}, sendo que de um modo geral o homem se encontra mais exposto a estes fatores.^{50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61}

A maior exposição do sexo masculino ao tabagismo é um importante fator que pode estar auxiliando para a manutenção da sobremortalidade masculina quanto à doença isquêmica do coração. Vários estudos tem demonstrado a maior prevalência do tabagismo no sexo masculino, assim como o maior consumo médio de cigarros.^{21,50,51}

A frequência de tabagistas é maior em homens no Rio Grande do Sul, sendo de 41,5% nos homens e de 29,5% nas mulheres, sendo que o perfil do tabagista foi definido como homem, entre 30 e 39 anos e de baixo nível sócio-econômico.⁵⁰ Em Araraquara (SP) é relatado uma prevalência de tabagismo duas vezes maior no sexo masculino.⁵¹ Dados do Ministério da Saúde referentes aos anos de 2002 e 2003 demonstram que na cidade de Florianópolis a prevalência de fumantes no sexo masculino é de 24,5% e no sexo feminino é de 18,9%. Essa diferença é

observada de modo semelhante em outras capitais do sul do Brasil, sendo que em Curitiba (PR) a prevalência foi de 24,2% e 19,3% no sexo masculino e feminino respectivamente.²¹

Resultados obtidos em um estudo com trabalhadores de empresa bancária com idade entre 22 e 59 anos, demonstraram uma prevalência de tabagismo semelhante entre homens e mulheres, no entanto referem uma média de cigarros consumidos maior nos homens. Porém, segundo os autores, os resultados são contraditórios com outros estudos que evidenciam uma maior prevalência no sexo masculino pelo fato do grupo em estudo ser constituído de uma população homogênea com melhor renda e escolaridade, justificando uma menor prevalência de tabagismo entre homens.⁵²

A dislipidemia, caracteriza por alterações do perfil lipídico é outro fator para a aterosclerose. As dislipidemias mais relacionadas à doença arterial aterosclerótica são as concentrações elevadas de colesterol total, principalmente das lipoproteínas da baixa densidade (LDL), assim como concentrações diminuídas de lipoproteínas de alta densidade (HDL), que são consideradas protetoras.⁴⁹

As maiores diferenças dos níveis lipídicos entre homens e mulheres ocorre em relação ao HDL, sendo que alterações são muito mais comuns nos homens.^{53,54,55}

Em um estudo dos níveis lipídicos na população da área metropolitana de São Paulo (SP), foi encontrado um percentual semelhante de homens e mulheres com níveis adequados de colesterol total, sendo de 64,9% no sexo masculino e de 64,7% no sexo feminino. Em relação ao LDL foi encontrado uma pequena prevalência de mulheres com alterações, com níveis acima do normal, ocorrendo em 13,6% das mulheres e 11,8% dos homens. Quanto ao HDL, a frequência de alterações foi muito mais frequente nos homens, sendo que foram encontrados níveis adequados em cerca 68% das mulheres enquanto foi encontrado em apenas 54,3% dos homens.⁵³

Análises dos níveis de colesterol de uma população adulta em Salvador no estado da Bahia, demonstraram que 24% dos homens apresentam hiperlipidemia, enquanto 30% das mulheres apresentam esta alteração. Em relação ao LDL as mulheres também tem um maior risco de ter alterações, de 33,1% enquanto nos homens foi de 26,1%. Já em relação às alterações do HDL os homens apresentam um risco quase duas vezes maior de ter alterações, sendo que 15,9% dos homens tinham HDL baixo enquanto apenas 8% das mulheres apresentava tal alteração.⁵⁴

Em estudantes com 18 a 31 anos de idade, em Ribeirão Preto (SP), a principal diferença entre os sexos masculino e feminino foi em relação ao HDL. Foi descrito que 15% da população

masculina apresentava níveis baixos de HDL, resultado muito superior ao do sexo feminino, onde apenas 4% das mulheres apresentavam essa alteração. Quanto aos demais parâmetros foi encontrado níveis mais baixos de LDL nas mulheres em comparação com os homens.⁵⁵

A hipertensão arterial sistêmica é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, entre elas a doença vascular cerebral, doenças coronarianas, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal crônica.⁵⁶

O estilo de vida é um fator determinante de grande importância na para a pressão arterial sistêmica. As características que mais se relacionam com o altos níveis pressóricos são a obesidade, o sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e a dieta.⁵⁶

A hipertensão arterial tem-se mostrada mais prevalente no homem, demonstrado em vários estudos. Através de uma avaliação da pressão arterial nos servidores da universidade de Brasília foi demonstrado uma prevalência de hipertensão arterial em cerca de 45,9% dos servidores do sexo masculino e de 37,9% no sexo feminino.⁵⁶ No município de Araraquara (SP) também é observado uma maior prevalência da hipertensão no sexo masculino, sendo que a análise da população demonstrou que cerca de 32% dos homens e 25,3% das mulheres apresentavam hipertensão arterial.⁵¹ Em um estudo com a população de Goiânia em Goiás, a prevalência de hipertensão arterial foi de 41,8% dos homens e de 31,8% das mulheres com mais de 18 anos, sendo que o fato de ser mulher foi relatado como um fator de proteção.⁵⁷

Outro importante fator de risco para a aterosclerose é a diabetes mellitus, favorecendo o seu desenvolvimento além da progressão mais rápida.⁴⁹

Em um estudo na cidade de São Paulo (SP) foi relatado que a prevalência de diabetes mellitus pré-diagnosticada é maior no sexo feminino, sendo de 5,7% na população feminina e 3,5% na masculina. No entanto o mesmo autor adverte que a maior prevalência feminina pode ser devido à maior procura das mulheres ao serviço de saúde, favorecendo assim o diagnóstico.⁵⁸ Em uma busca ativa de diabetes mellitus em várias capitais brasileiras, foram relatadas prevalências aproximadas entre homens e mulheres, de 8,7% de 9,4% respectivamente, sendo que foi encontrado uma maior incidência de casos recém-diagnosticados no sexo masculino em contrapartida ao maior número de casos de diabetes mellitus pré-diagnosticadas nas mulheres.⁶⁰

A incidência de diabetes mellitus em uma busca ativa em Campos dos Goytacazes (RJ) também foi relatada com valores próximos entre homens e mulheres, de 6,3% e 5,7% respectivamente, sendo ainda ligeiramente superior nos homens.⁶⁰

Além de muitos estudos que mostram maior prevalência de diabetes mellitus nas mulheres, principalmente àqueles que analisam casos pré-diagnosticados, há muitos estudos que demonstram também uma maior mortalidade por diabetes mellitus na mulher. No entanto tais resultados podem estar distorcidos, pois estes dados podem ser decorrentes do melhor conhecimento da doença entre as mulheres, favorecendo a menção do diabetes mellitus na declaração do óbito.⁶¹

Assim, embora o diagnóstico de diabetes mellitus seja maior nas mulheres, os homens apresentam uma prevalência semelhante embora menos diagnosticado, sendo demonstrado através de buscas ativas, tendo como resultado um grande número de casos de diabetes mellitus não diagnosticados e portanto sem tratamento na população masculina. Estes casos de diabetes mellitus sem o tratamento adequado podem estar sendo um importante papel para o desenvolvimento e agravamento da aterosclerose, principalmente no homem, podendo estar contribuindo para a sobremortalidade masculina por doenças cardiovasculares.

A prática de atividades físicas é um fator que ajuda a prevenir doenças cardiovasculares. O exercício previne a obesidade, a hipertensão arterial e a hipercolesterolemia, importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares.⁶²

Uma análise de uma população com mais de 12 anos na cidade de Rio de Janeiro (RJ), a realização regular atividades físicas foi referida por 18,4% dos homens enquanto apenas 9,1% das mulheres referiam a prática regular. As mulheres praticavam menos atividades físicas em todas faixas etárias, além do fato de que a prática de exercícios pelas mulheres era com menor gasto energético e com um menor período de duração média. O sedentarismo nos homens foi de 59,8%, enquanto o sedentarismo nas mulheres foi de 77,8%.⁶³

A maior prática de exercício no sexo masculino é relatada inclusive em crianças, sendo que é relatado o sedentarismo em 85% dos meninos e em 94% das meninas da rede de ensino pública no município de Niterói (RJ).⁶⁴

Nas capitais do sul do Brasil, assim como das outras regiões, a prática de exercícios é mais comum no sexo masculino. Em Florianópolis (SC) a proporção de pessoas do sexo masculino sedentárias entre 15 e 69 anos é de cerca de 35,3%, enquanto o percentual de mulheres sedentárias passa dos 50%. Em Curitiba (PR) cerca de 33,1% dos homens são sedentários e 45,9% das mulheres.²¹

As doenças cerebrovasculares, assim como as doenças isquêmicas do coração, causam mais óbitos no sexo masculino no estado de Santa Catarina, porém com diferenças menores entre os dois sexos, sendo que não foi observado diferença significativa. A mortalidade por acidentes vasculocerebrais na cidade de São José do Rio Preto (SP), apresenta características semelhantes, no qual a mortalidade do sexo masculino era superior ao feminino, porém sem uma grande diferença entre os dois sexos, sendo o coeficiente de mortalidade de 57,3 nos homens e 50,2 nas mulheres.⁶⁵

As doenças cerebrovasculares, também denominadas acidentes cerebrovasculares (AVC), se referem a qualquer alteração do cérebro causada por um processo patológico dos vasos sanguíneos.⁴⁷

Podem ser classificados em acidente vasculocerebral isquêmico e acidente vasculocerebral hemorrágico, sendo que o mais comum é o isquêmico. Uma análise de ocorrências de acidente vasculocerebral em adultos jovens entre 15 e 49 anos de vida no estado do Paraná, descreveu a ocorrência de acidente vasculocerebral isquêmico em cerca de 86% dos casos, enquanto os hemorrágicos foram responsáveis por apenas 10% dos casos.⁶⁶ A maior prevalência dos casos de acidente vasculocerebral isquêmicos também é encontrada no hospital da Universidade Federal do Paraná, sendo que o acidente vasculocerebral isquêmico isolado representou 53% dos casos.⁶⁷

O acidente vasculocerebral isquêmico ocorre por uma insuficiência do fluxo sanguíneo sendo que a aterosclerose é a maior e mais freqüente causa. A aterosclerose das artérias extra e intracranianas são responsáveis por cerca de dois terços de todos os casos de acidente vasculocerebral.⁴⁷

Devido à grande associação com a aterosclerose, as pessoas que apresentarem fatores de risco para a aterosclerose irão apresentar concomitantemente um maior risco para a ocorrência de doenças cerebrovasculares. Foram encontrados fatores de risco para a aterosclerose em 48,22% dos pacientes que sofreram acidente vasculocerebral isquêmico no estado do Paraná.⁶⁶

Os principais fatores de risco associados ao acidente vasculocerebral encontramos a hipertensão, o tabagismo, alterações do metabolismo, como diabetes mellitus e dislipidemia além do sedentarismo,^{47,66,68,69,70} sendo que o homem está mais exposto a quase todos, com exceção deste último.^{21,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,63,64}

As cardiopatias são consideradas o segundo fator de risco para acidentes vasculocerebrais, depois da aterosclerose, com freqüência de 41,9% nos casos de acidente vasculocerebral, sendo

que a fibrilação atrial é a cardiopatia mais freqüentemente associada. A incidência da fibrilação atrial não é bem conhecida no Brasil, no entanto estimativas apontam uma freqüência duas vezes maior no sexo masculino.⁷¹

Os fatores de risco mais freqüentes em pacientes que sofreram AVC em um hospital do Paraná, foram a hipertensão arterial que estava presente em 67,5% dos pacientes, além das cardiopatias em 24,6% sendo que a mais freqüentemente encontrada foi a fibrilação atrial crônica e diabetes mellitus em 20,2%.⁶⁷

Os indicadores de mortalidade por insuficiência cardíaca maiores foram levemente maiores no homem do que nas mulheres no estado de Santa Catarina, sem diferença significativa.

A insuficiência cardíaca congestiva ocorre devido à incapacidade do coração de bombear normalmente o sangue,⁴⁷ sendo que as principais causas são a cardiopatia isquêmica, a hipertensão, as doenças valvares aórtica e mitral e as miocardiopatias não-isquêmicas.⁷²

A principal causa de insuficiência cardíaca nos pacientes internados na INCOR é a miocardiopatia isquêmica, seguida pelas miocardiopatias dilatadas e pelas valvopatias.⁷³ A doença arterial coronariana aterosclerótica é a causa mais freqüentes da insuficiência cardíaca, sendo responsável por até dois terços dos casos de insuficiência cardíaca.⁷³ Em Niterói, 66% dos pacientes internados e 62% dos casos de óbito por insuficiência cardíaca, estavam relacionados à cardiopatia isquêmica.⁷⁴

Assim, o maior fator de risco para a mortalidade por insuficiência cardíaca, assim como para a doença isquêmica do coração e para o acidente vasculocerebral, é a aterosclerose, estando diretamente relacionada a seus fatores de risco, os quais, na maior parte, são mais prevalentes no homem.^{50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61}

Embora o homem esteja mais exposto de um modo geral, aos fatores de risco para aterosclerose, que é o principal fator associado ao AVC, a mortalidade apresenta valores próximos entre homens e mulheres. Isto abre a possibilidade de que haja outros fatores relacionados, podendo ser algum fator fisio-biológico, causando proteção no sexo masculino ou aumentando o risco no sexo feminino.

A mortalidade por neoplasias tem ganho mais importância e destaque entre as principais causas de óbitos com a transição epidemiológica. O envelhecimento da população acaba por aumentar o risco de óbito por câncer, devido a um maior período de exposição a causas carcinogênicas.⁷⁵

A relação da transição epidemiológica com o aumento dos óbitos por neoplasia, é observado pela diferença da mortalidade em várias regiões do Brasil com diferentes intensidades de urbanização e industrialização, os quais são importantes características da transição epidemiológica. Na região sudeste e sul do Brasil, onde há um processo de urbanização e industrialização mais intenso, são observadas maiores taxas de mortalidade por neoplasias em relação à outras regiões menos desenvolvidas.^{75,76}

No Brasil, no ano de 2001, as neoplasias foram a terceira causa de mortalidade no sexo masculino, enquanto nas mulheres foram a segunda maior causa.⁷⁷ As neoplasias também são a terceira maior causa de óbitos nos homens adultos em Santa Catarina, no entanto são a principal causa no sexo feminino, evidenciando uma transição epidemiológica em estágio mais avançado na região sul.

Embora a neoplasia seja a principal causa de mortalidade nas mulheres e apenas a terceira causa no sexo masculino, se observa uma sobremortalidade masculina, sendo que o risco masculino é cerca de 20% superior ao feminino. Um estudo nas capitais brasileiras entre 1980 e 2000 com adultos, também demonstrou uma sobremortalidade masculina por neoplasias, que de modo semelhante à Santa Catarina é cerca de 20% superior, referindo ainda um risco maior na população idosa com mais de 60 anos de idade.⁷⁵

Em muitos estudos se tem observado um declínio ou uma estabilidade da mortalidade por neoplasias no sexo feminino enquanto no sexo masculino a mortalidade continua subindo, contribuindo para uma maior diferença entre a mortalidade no sexo masculino e feminino. Esta diferença é muitas vezes atribuída a diminuição da mortalidade por câncer de colo uterino e de estômago na mulher, enquanto no homem se observa um aumento da mortalidade por câncer de pulmão e próstata embora também apresente diminuição dos casos por câncer de estômago.⁷⁷

Provavelmente a sobremortalidade masculina e na população idosa se deve à uma maior exposição a fatores de risco ambientais e à uma maior prevalência de neoplasias letais nos homens. Entre os principais fatores de risco aos quais o homem se expõe mais estão o tabagismo, o consumo de álcool, hábitos alimentares, sedentarismo, obesidade e atividades ocupacionais.⁷⁵

As principais neoplasias causadoras de óbitos variam entre o sexo masculino e feminino. A neoplasia com maiores taxas de mortalidade no homem é o câncer de pulmão, seguido pelo câncer de esôfago, próstata, estômago e cólon/reto respectivamente. Já nas mulheres a maior taxa

de mortalidade é por câncer de mama, seguida pelo câncer de colo uterino/útero, pulmão, cólon/reto e estômago respectivamente.^{77,78}

O câncer de pulmão é o que mais acomete pessoas no mundo. Segundo estimativas do INCA, o número de casos novos de câncer de pulmão no Brasil em 2006 é estimado em cerca de 27.000 casos em ambos os sexos, sendo 17.850 casos novos nos homens e 9.320 casos nas mulheres, com um coeficiente de 19 casos por 100.000 habitantes nos homens e de 10 nas mulheres, e uma relação de 1,9 casos no sexo masculino para um feminino.⁷⁸

Na região sul do Brasil, assim como em Santa Catarina é a segunda neoplasia mais freqüente no homem, atrás do câncer de próstata e a terceira na mulher.⁷⁸ No entanto, embora não seja a neoplasia com maior incidência no homem em Santa Catarina, o câncer de pulmão é a neoplasia com a maior taxa de mortalidade, enquanto na mulher é a segunda neoplasia com a maior taxa de mortalidade, atrás do câncer de mama.³

O fator de risco mais associado ao câncer de pulmão é o tabagismo, aumentando o risco de ocorrência entre 20 e 30 vezes em tabagistas de longa data. Grande parte dos casos de câncer de pulmão no sexo masculino pode ser atribuído ao tabagismo, podendo ser responsável por mais de 90% dos casos em algumas regiões e países.⁷⁸

A maioria dos tipos de câncer de pulmão se relaciona ao tabagismo. Dos quatro grupos de neoplasias de pulmão, o escamoso, o adenocarcinoma, o carcinoma de pequenas células e o carcinoma de grandes células, apenas este último não está associado.⁷⁹

Nos primeiros estudos correlacionando tabagismo e câncer de pulmão se encontravam incidências muito menores nas mulheres em decorrência do fato delas começarem a fumar mais tarde e um número menor de cigarros em comparação aos homens. Hoje as diferenças não são tão grandes entre a incidência do câncer de pulmão, principalmente pelo fato das mulheres terem começado a fumar mais cedo e com uma quantidade maior, embora a incidência e a mortalidade ainda seja maiores no homem.⁷⁹ Apesar da diminuição da sobremortalidade masculina de um modo geral, em Santa Catarina o homem adulto apresenta um risco de mortalidade duas vezes maior do que a mulher.

Conforme exposto anteriormente, existe uma maior proporção de homens fumantes em comparação ao sexo feminino, sendo ainda que os homens costumam fumar uma quantidade maior de cigarros por dia, assim apresentando maior risco de desenvolvimento de câncer de pulmão.^{21,50,51,52}

O fator tabagismo, isolado não quer dizer que o paciente irá desenvolver câncer de pulmão, há outros fatores envolvidos. Embora 90% dos casos de câncer de pulmão sejam decorrentes do tabagismo, menos de 20% dos tabagistas desenvolvem câncer de pulmão. Evidenciando assim a importância de outros fatores como a determinação genética, da qual pouco se tem conhecimento.⁷⁶

A interrupção do hábito de fumar é o melhor meio de prevenir o câncer de pulmão em tabagistas, sendo que ex-fumantes podem ter uma diminuição entre 20 e 90% do risco de desenvolvimento, embora esse risco seja bem maior quando comparado a um não-fumante. A diminuição do risco de câncer de pulmão depende do tempo sem fumar assim como quantidade e do tempo de fumo anterior.⁷⁹

Além do tabagismo, existem outros fatores relacionados ao câncer de pulmão como as doenças pulmonares crônicas, além de particularidades ocupacionais, onde os homens estão mais expostos.⁷⁶ Entre os fatores ocupacionais relacionados ao câncer de pulmão esta à exposição de sílica, cromo, níquel e arsênico além dos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos os quais decorrem da combustão incompleta de matérias orgânicas e também pelos motores a diesel.⁷⁹

O câncer de esôfago apresenta uma grande incidência em todo o mundo e apresenta um péssimo prognóstico, sendo que a maioria dos casos detectados levam ao óbito.⁸⁰ A alta letalidade do câncer esofágico é demonstrado através da pequena diferença entre o número total de incidência e de óbitos, sendo em grande parte decorrente do diagnóstico tardio.⁸¹ À época do diagnóstico, a maioria dos pacientes já apresentam invasão tumoral local ou metástases em órgãos distantes, com poucas chances de cura, podendo apenas ser feito o tratamento paliativo.⁸²

Duas marcantes características caracterizam o câncer esofágico, a grande diferença de mortalidade em diferentes populações e regiões e a grande prevalência no sexo masculino.⁸³

Embora a maior prevalência no sexo masculino seja uma característica do câncer esofágico, esta diferença de mortalidade varia muito em diferentes países assim como nas várias regiões do Brasil.⁸³ No Rio Grande do Sul, a mortalidade pelo câncer esofágico é mais de três vezes superior no homem.⁸⁴ Grandes diferenças também são observadas na cidade de São Paulo (SP), onde os casos de câncer esofágico foram 4,3 vezes mais frequentes no homem, sendo decorrente principalmente pela maior incidência de fatores de risco no sexo masculino, como o hábito de fumar, do consumo de álcool assim como do consumo frequente de pimenta.⁸⁰ Em adultos de

Santa Catarina se observa uma sobremortalidade masculina mais intensa do que a observada nestas regiões, sendo que a mortalidade é quase sete vezes maior nos homens.

A incidência de câncer esofágico apresenta importantes variações em diferentes regiões geográficas, mesmo dentro de um mesmo país, sugerindo assim a presença de fatores ambientais na sua etiologia.⁸¹ Entre os fatores ambientais e alimentares, está bem descrita a associação do câncer esofágico com o consumo de álcool, com o tabagismo, o consumo de alimentos quentes, dietas, condições sócioeconômicas e fatores ocupacionais, além das radiações ionizantes.^{80,82}

O tabagismo, o alcoolismo, o consumo de mate e história familiar positiva estão diretamente relacionadas à alta incidência e mortalidade por câncer esofágico no Rio Grande do Sul.⁸¹ Em São Paulo (SP) é relatado uma associação com o consumo de álcool, o tabagismo e o consumo freqüente de pimenta.⁸⁰

Embora seja relatado muitos fatores de risco, a maior parte dos casos de câncer esofágico são atribuídos ao consumo de álcool e ao tabagismo, sendo que o risco é variável de acordo com o tempo e a intensidade de exposição a estes fatores. O fumo tende a aumentar o risco de câncer esofágico entre 2 e 4 vezes.⁸²

Assim, a sobremortalidade masculina por câncer de esôfago parece estar diretamente relacionada a maior prevalência de tabagismo e do consumo de álcool nesse grupo.^{20,21,22,50,51,52} Embora a dieta seja um importante fator de risco, sendo inclusive um dos fatores pelo qual existem diferenças entre populações e regiões diferentes, ela tende a exercer influências semelhantes entre homens e mulheres, causando pouca influência para a sobremortalidade masculina.

O câncer gástrico é um grande problema de saúde, sendo o terceiro tumor maligno mais freqüente no mundo, com a maioria dos casos ocorrendo em países pobres e em desenvolvimento.⁷⁸

Embora seja uma das neoplasias mais comuns, o câncer gástrico vem apresentando taxas de mortalidade decrescentes em vários países, inclusive no Brasil.⁸⁵ A queda do número de incidência e de mortalidade que vem ocorrendo, pode ser explicado pela diminuição da exposição à fatores de risco, principalmente com a modificação da dieta, um dos principais fatores de risco.⁷⁸

As dietas mais relacionadas ao câncer gástrico são aquelas com altas concentrações de nitratos e nitritos, principalmente aqueles conservados em sal, como os defumados, peixes secos

e outros.⁸⁶ São considerados fatores de proteção ao câncer de estômago as vitaminas A, C e, presentes em frutas e verduras, as quais são anti-oxidantes e impedem a formação de nitrosaminas no estômago.⁸⁵ A difusão da refrigeração tem sido um dos principais fatores responsáveis pela queda da incidência, pois além de permitir uma conservação adequada de alimentos, diminuindo o consumo de alimentos conservados em sal, permite também a armazenagem de frutas e verduras mantendo as propriedades naturais, consideradas como protetoras.⁸⁷

Além da dieta, a infecção pelo *Helicobacter pylori* é um fator de risco que recentemente foi associado com câncer gástrico. A gastrite crônica está relacionada à infecção por *H. pylori*, a qual muitas vezes evolui para câncer gástrico.⁸⁶

A prevalência do câncer gástrico tem sido relatada em níveis maiores no homem em várias regiões de estudo. No Brasil, sua incidência é mais de duas vezes superior no homem, sendo que o coeficiente de mortalidade é de 18,29 nos homens e de 8,14 nas mulheres.⁸⁸ A mortalidade por câncer gástrico observada em Santa Catarina também foi cerca de duas vezes maior no homem. Embora os principais fatores de risco estejam associados à alimentação e a presença de infecção por *Helicobacter pylori*, estes fatores não explicam a diferença da incidência em homens e mulheres.

A infecção por *Helicobacter pylori* é uma infecção de características universais, da qual não se conhece ao certo sobre as vias de transmissão, sendo que a transmissão ocorre principalmente na infância.⁸⁹ A prevalência da infecção por *Helicobacter pylori* apresentam valores semelhantes no sexo masculino e feminino. Em um estudo em Fortaleza, foi encontrado uma prevalência de infecção em 62,9% das pessoas do grupo em estudo, sem diferença significativa entre os sexos.⁹⁰ Em um hospital de São Paulo (SP), foi relatado uma incidência semelhante entre crianças e adolescentes do sexo masculino e feminino.⁸⁹

A dieta, outro importante fator de risco para o câncer gástrico, também parece não exercer influência para a diferença de mortalidade entre os homens e mulheres. Embora a alimentação apresente diferentes características em cada região, ambos os sexos estão expostos ao mesmo tipo de alimentação em uma determinada região. Além disso, a diminuição da mortalidade por câncer gástrico devido a alterações de hábitos alimentares é observado em ambos os sexos.

No entanto, outros fatores de risco têm sido relatados para o câncer gástrico, fatores com maior prevalência no sexo masculino, como o tabagismo e o consumo de álcool, podendo estar relacionados com a sobremortalidade masculina.

Na Suécia tem sido observado uma maior incidência de câncer gástrico em tabagistas e em pacientes que referem consumo de álcool.⁹¹ A incidência do câncer gástrico em fumantes é cerca de 1,5 vezes maior em tabagistas.⁹² Estudos avaliando os fatores de risco para câncer gástrico no México, determinaram que o consumo alcoólico está diretamente relacionado à maior incidência.⁹³

O Brasil tem mostrado nos últimos anos uma tendência de queda da mortalidade por AIDS assim como os países desenvolvidos, devido principalmente as terapias com medicações anti-retrovirais, além de uma melhor disposição organizacional do sistema de saúde, permitindo o diagnóstico e o tratamento precoce de infecções oportunistas.⁹⁴ Nos países em desenvolvimento a população apresenta dificuldades para diagnóstico, acompanhamento e para a realização do tratamento adequado, com exceção do Brasil onde ocorre distribuição gratuita a toda população que necessita de tratamento.⁹⁴

No início da epidemia a maior parte dos casos ocorria no sexo masculino, no entanto nos últimos anos a incidência no sexo feminino tem aumentado mais do que nos homens, diminuindo a diferença entre os sexos. Em 1984 a incidência de AIDS era cerca de 27 vezes maior no sexo masculino no estado de São Paulo, já em 1997 a incidência era apenas 2 vezes maior no sexo masculino. Esta diminuição da diferença entre os sexos é observada tanto em casos incidência como de mortalidade.⁹⁴ Desde os primeiros relatos de AIDS em Santa Catarina se observa a maior prevalência no sexo masculino, sendo que entre os períodos de 1984 e 2005 se observa uma razão de 1,9 casos em homens para cada caso em mulher.⁹⁵ A mortalidade na população adulta masculina por AIDS no estado de Santa Catarina é quase duas vezes maior do que na mulher, refletindo em parte a maior incidência dos casos em homens.

A principal forma de transmissão do HIV é a via sexual, embora a via sanguínea também seja uma importante fonte de transmissão, através do compartilhamento de agulhas em usuários de drogas e através da transfusão sanguínea e de hemoderivados.⁹⁴ Entre os anos de 1980 e 1999 no estado de São Paulo cerca de 50% dos casos de transmissão de HIV ocorreram por via sexual, enquanto a via sanguínea foi responsável por cerca de 30%, sendo o uso de drogas injetáveis o meio mais comum.⁹⁴

No sexo masculino, no início da epidemia havia um claro predomínio dos casos em pessoas com relações homossexuais e bissexuais, sendo que até o ano de 1987 representavam até 50% dos casos no sexo masculino. Atualmente vem ocorrendo um processo de heterosexualização da epidemia, com um crescimento dos casos entre homens heterossexuais, devido a uma maior incidência da infecção nas mulheres, sendo que esta também é a principal via de transmissão na mulher.⁹⁴ Além da via sexual, outras vias de transmissão ganharam importância, como a transmissão por via sanguínea através do compartilhamento de seringas em usuários de drogas e em transfusões de sangue e hemoderivados e a transmissão vertical via materno-infantil.⁹⁴

Em relação ao tipo de exposição nos casos de AIDS em Santa Catarina, tem se observado nos últimos anos um aumento dos casos com exposição heterossexual e uma diminuição do grupo com uso de drogas injetáveis, sendo este fato observado tanto no sexo masculino quanto no feminino.⁹⁵

A transmissão via heterossexual é atualmente a principal via de contaminação e a via que apresenta o maior crescimento ao longo dos últimos anos, tanto no sexo masculino como no feminino. Muitos estudos têm relatado um comportamento sexual mais promíscuo no sexo masculino, predispondo à uma maior incidência de infecção pelo HIV. No estado de São Paulo, em homens notificados com AIDS, a relação com a multiplicidade de parceiros foi muito maior do que nas mulheres, sendo encontrado como o maior fator de risco no sexo masculino.⁹⁴

Dentre os pacientes atendidos no centro de testagem e aconselhamento (CTA) de Santa Catarina, foi observado que os homens em geral relatam um maior número de parceiras sexuais do que as mulheres, sendo que a prevalência da infecção por HIV foi maior nos homens que referiram ter tido mais parceiras.⁹⁵ Em relação ao uso de camisinha nas relações sexuais, foi relatado uma proporção semelhante de homens e mulheres que relatam usar camisinha sempre, seja com parceiro fixo ou não fixo.⁹⁵

O homem, além de ter um comportamento sexual com mais risco, também apresenta uma maior exposição quanto ao uso de drogas injetáveis, com o compartilhamento de agulhas. Na população americana é relatada uma prevalência de uso de drogas injetável no sexo masculino.⁹⁶

Usuários de drogas injetáveis apresentam maior risco à infecção pelo HIV principalmente pelo compartilhamento de seringas, além de ser mais comum o comportamento sexual de risco neste grupo.⁹⁷

A transmissão por meio de agulhas e seringas em usuários de droga foi um dos principais meios pelo qual a infecção por HIV atingiu a população heterossexual, principalmente através de parcerias sexuais com usuários de drogas, causando assim a feminilização da epidemia.^{94,97} No estado de São Paulo cerca de 40% das mulheres com AIDS referiram como único parceiro um usuário de drogas injetáveis.⁹⁷

Embora a transmissão via uso de drogas injetáveis venha diminuindo nos últimos anos ⁹⁷, esta ainda é uma importante forma de transmissão. Em Santa Catarina no ano de 2005, o uso de drogas injetáveis foi responsável por cerca de 15% dos casos de AIDS nos homens, e de 3,8% nas mulheres, embora em 1990 fosse responsável por mais de 50% dos casos em ambos os sexos.⁹⁵

Embora a proporção de casos de AIDS associados à exposição ao homossexualismo ou bissexualismo tenha tido uma grande diminuição desde o início da epidemia, estes ainda são importantes fatores de risco. Em Santa Catarina o homossexualismo e o bissexualismo são o fator de exposição em cerca de 20% dos casos de AIDS em homens, enquanto no sexo feminino pode ser desprezado.⁹⁵

As hepatites virais são causadas por agentes etiológicos com tropismo pelo fígado, com semelhanças quanto a características clínico-laboratoriais. Os vários tipos de hepatite são causadas por diferentes agentes, com grandes diferenças epidemiológicas assim como grandes diferenças de evolução.⁹⁸

A prevalência da hepatite B é variável ao longo de várias regiões, sendo que a endemicidade é classificada em três níveis de acordo com a prevalência de portadores assintomáticos. É classificada como de alta endemicidade quando há uma prevalência superior a 7%, endemicidade média se a prevalência for entre 2% e 7% e baixa endemicidade com prevalência menor que 2%. No Brasil estão presente os três tipos de endemicidade, variando com a região. O sul de um modo geral, incluindo Santa Catarina é caracterizada como de baixa endemicidade, no entanto o oeste catarinense apresenta uma maior prevalência, sendo classificada como de alta endemicidade. Regiões de alta endemicidade são ainda encontradas na Amazônia e em Espírito Santo, entre as regiões de média endemicidade estão o nordeste e o centro-oeste, enquanto o sudeste e o sul são classificados como de baixa endemicidade.⁹⁹

A prevalência da hepatite C em geral se mostra menor do que por hepatite B. Em países desenvolvidos se observa uma prevalência de infecção de 1% a 2% na população total. No Brasil, estimativas da Organização Mundial da Saúde referem uma prevalência de 2,6%.⁹⁹

As hepatites se manifestam de muitas formas, podendo ocorrer desde portadores assintomáticos até a ocorrência de hepatite aguda ou crônica, além de cirrose e carcinoma hepatocelular.⁹⁸

Existem várias vias de transmissão da hepatite viral, variando de acordo com o tipo de vírus. O vírus da hepatite B, da hepatite C e da hepatite D apresentam transmissão por via parenteral, sendo que o vírus da hepatite B apresenta ainda transmissão por via sexual e vertical. Já o vírus da hepatite A e da hepatite E apresentam transmissão por via fecal-oral.⁹⁹

Assim, o vírus da hepatite B e da hepatite C podem ser transmitidos por transfusão de sangue e hemoderivados, contaminação por agulhas, seringas e materiais intravenosos, transplante de órgãos, hemodiálise. A forma mais importante de hepatite transmitida por transfusão de sangue e hemoderivados é a hepatite C. O vírus da hepatite B ainda pode ser transmitido por via sexual e por transmissão vertical.¹⁰⁰

Nas áreas de baixa incidência de hepatite B, a maior prevalência ocorre em grupos de risco determinados pelo comportamento individual e social, o qual é formado por profissionais da área da saúde, homossexuais masculinos, usuários de drogas intravenosas, prostitutas, pacientes em hemodiálise.⁹⁸ Em Ribeirão Preto (SP) foi relatada maior incidência de sorologia positiva para hepatite B em pessoas com história de homossexualismo e bissexualismo e história de casas de correção, já que é comum encontrar comportamento de risco em indivíduos expostos a prisões e casas de correção, como o uso de drogas ilícitas, tatuagens sem equipamento adequado e relações sexuais desprotegidas, inclusive homossexuais.¹⁰¹

Os indivíduos considerados de risco para a hepatite C, são aqueles que receberam transfusões de sangue e hemoderivados antes de 1992, usuários de drogas intravenosas, pessoas com tatuagens e piercings, alcoólatras, portadores de HIV, transplantados, hemodialisados, hemofílicos, presidiários e sexualmente promíscuos.⁹⁸

O principal meio de contaminação da hepatite C ocorre pelo contato com sangue infectado, embora em muitos casos não se consiga determinar o meio de contaminação. A reutilização de agulhas com sangue infectado é um importante meio de transmissão, sendo que a incidência em usuários de drogas injetáveis é muito alto.¹⁰² Em estudo realizado em Porto Alegre (RS), cerca de 75% dos pacientes infectados com o HIV com co-infecção pelo HCV referiam história de uso de drogas injetáveis.¹⁰³ Nos Estados Unidos a maioria das pessoas infectadas pelo HCV nos últimos

anos, se infectaram pelo uso de drogas injetáveis.⁹⁸ A transmissão via sexual ainda não está bem definida como importante via de transmissão de HCV.¹⁰²

A maior morbi-mortalidade masculina pode ser explicada pela maior exposição dos homens aos fatores riscos para a infecção pelo vírus da hepatite B e C. A maior incidência da utilização de drogas injetáveis no sexo masculino,⁹⁶ com o compartilhamento de agulhas, aumenta os riscos de contaminação de hepatite B e C, assim como na infecção por HIV anteriormente relatada. Além disso, os homens apresentam um comportamento sexual com maior risco,^{94,95} principalmente pelo maior número de parceiras sexuais, predispondo à infecção pelo HBV.

No entanto, embora tenha sido observado uma sobremortalidade masculina em Santa Catarina, não se encontrou uma diferença significativa.

A sobremortalidade masculina por tuberculose é um fato observado em Santa Catarina, assim como em outras regiões. Em Campinas (SP), cerca de 70% dos óbitos por tuberculose na cidade ocorrem no sexo masculino.¹⁰⁵ A sobremortalidade também é relatada em Fortaleza no estado do Ceará, sendo que o coeficiente de mortalidade média foi de 7 óbitos por cem mil habitantes no sexo masculino e de 4,4 no sexo feminino.¹⁰⁶

A morbi-mortalidade da tuberculose se relaciona com as condições sócio-econômicas, sendo maior em regiões com população de baixa renda. Populações com menores condições sócioeconômicas normalmente residem em ambientes intra-domiciliares mais concentrados, favorecendo um contato mais próximo entre as pessoas e facilitando a transmissão aérea da tuberculose.¹⁰⁷

No entanto a maioria das pessoas infectadas pelo bacilo da tuberculose não desenvolve a doença, pois o sistema imunológico controla o bacilo tornando-o latente. Assim, distúrbios do sistema imunológico que causam imunodepressão como a desnutrição, o diabetes mellitus e principalmente a AIDS, aumentando o risco de desenvolvimento da doença, tanto por reativação da infecção quanto por infecção primária.⁹⁹

A associação entre AIDS e tuberculose é comum, sendo que a AIDS é uma das principais responsáveis pelo aumento da morbi-mortalidade por tuberculose nos últimos anos.^{99,108}

A evolução da epidemia da AIDS tem uma relação direta com a mortalidade por tuberculose, sendo que na década de 80, quando iniciou a epidemia da AIDS, houve um grande aumento dos casos de tuberculose.¹⁰⁹

A associação entre AIDS e a mortalidade por tuberculose é relatada na cidade de Campinas (SP), onde cerca de 55% dos casos de óbitos por tuberculose se correlacionam à AIDS, sendo observado uma diminuição de óbitos por tuberculose após 1997, possivelmente devido à terapia anti-retroviral.¹⁰⁵

Assim, a maior prevalência de casos de AIDS no sexo masculino é o principal fator de risco para que os homens tenham um risco maior de vir a óbito por tuberculose e embora a incidência de AIDS na mulher esteja se aproximando, a incidência no homem é ainda cerca de duas vezes maior.

A leptospirose é uma doença de características globais, afetando o homem em todos os continentes, tanto em ambientes rurais como urbanos.¹¹⁰ No Brasil a leptospirose é uma doença endêmica, sendo que em períodos chuvosos ocorrem surtos epidêmicos, principalmente em centros urbanos maiores, devido a aglomeração populacional de baixa renda em precárias condições de saneamento e a alta infestação de roedores infectados. Sendo que a infecção no homem decorre da exposição direta ou indireta à urina dos roedores infectados, ocorrendo principalmente através do contato com água ou lama contaminadas.⁹⁹

A incidência é maior no sexo masculino, entre 20 e 35 anos e não existe predisposição de gênero ou de idade pra contrair infecção.⁹⁹

Em Santa Catarina foi observado uma sobremortalidade masculina por leptospirose, sendo que não foi relatado nenhum caso de óbito em mulheres. A maior prevalência masculina de leptospirose é relatada em várias regiões. Dos casos de leptospirose em Belo Horizonte em Minas Gerais, quase 90% dos casos ocorreram no sexo masculino e a faixa etária mais acometida é entre 10 e 40 anos. Bolsões de pobreza estão relacionados com a maioria dos casos, associados com condições sanitárias deficientes, enchentes e deficiência de recolhimento de lixo.¹¹¹ Na cidade de São Paulo (SP) entre 1969 e 1997, a maior incidência ocorreu em adultos jovens, entre 20 e 39 anos com 87% dos casos ocorrendo em homens.¹¹⁰ No Rio Grande do Sul, 86% dos casos de leptospirose ocorrem no sexo masculino.¹¹²

Relações com deficiências do serviço de esgoto estão presentes na maior parte dos casos.¹¹¹ Frequentemente associado a pessoas que habitam ou trabalham em locais com más condições de saneamento e expostos à urina de roedores.⁹⁹ O acelerado processo de urbanização, desordenado e sem planejamento adequado, propiciou o aparecimento de regiões propícias para a ocorrência de leptospirose. A falta de condições sanitárias adequadas, a infestação de roedores infectados e a

freqüente ocorrência de enchentes em épocas chuvosas são os principais fatores para a ocorrência de epidemias.¹¹³

Algumas profissões têm maior exposição à infecção, principalmente devido ao maior risco de contato com urina de rato. Diferentes categorias profissionais são atingidas, como trabalhadores de arrozais e canaviais, de minas, de abatedouros e de saneamento. Dos profissionais de saneamento estão expostos aqueles que trabalham diretamente com água e esgoto, além dos trabalhadores da limpeza pública, coletores de lixo, e varredores.¹¹³

Trabalhadores em serviços de saneamento têm um contato constante com material passível de contaminação por roedores, assim como as classes sócio-econômicas inferiores.¹¹³ Cerca de 10% dos trabalhadores de saneamento no município de Pelotas (RS) apresentam sorologia positiva para infecção por *Leptospira interrogans*.¹¹³

Assim, os principais fatores de risco são a baixa situação sócio-econômica e o risco ocupacional. A sobremortalidade masculina parece estar associada principalmente com o risco ocupacional, já que nas profissões com risco de contato com urina de rato, trabalham predominantemente homens. Um fator agravante é o fato de que os trabalhadores de risco, principalmente aqueles que lidam com água e esgoto, em geral não são qualificados e não utilizam os equipamentos de segurança necessários.¹¹³

Quando se analisa a sobremortalidade masculina por qualquer causa deve-se levar em conta que em geral, o homem se cuida menos do que a mulher. Sendo este um fator de agravo, que pode estar aumentando a mortalidade masculina em todas as causas.

Os hábitos de prevenção, assim como uma maior procura por serviços de saúde são características mais presentes no sexo feminino.¹¹⁴

O papel desempenhado pelo homem na sociedade, na qual há uma necessidade de atestamento do ser masculino é o eixo das explicações para os menores cuidados com a saúde no homem. Muitos homens se cuidam menos e procuram menos os serviços de saúde por associar estas ações ao sexo feminino. Os auto-cuidados, como a procura por serviços de saúde, são associados com sinais de fraqueza, medo e insegurança, as quais são características femininas, sendo portanto incompatíveis com as características relacionadas ao homem, como invulnerabilidade, força e virilidade. Geralmente o homem tende a procurar ajuda médica somente quando está sentindo uma dor insuportável e quando está impossibilitado de trabalhar.¹¹⁴

Assim, os homens por se sentirem invulneráveis, acabam procurando menos os serviços de saúde e se cuidam menos, causando assim uma maior vulnerabilidade às doenças em geral.¹¹⁴

A falta de tempo também muitas vezes é relatada como um dos principais motivo pela falta de cuidados com a saúde. Os horários de funcionamento dos serviços de saúde dificultam o acesso do homem, pela coincidência com os horários de trabalho.¹¹⁴

Entre outros motivos relatados, está o medo de encontrar alguma doença ou alteração, porém sendo este um sentimento comum a ambos os gêneros, além da vergonha de exposição para outro homem ou mulher, mais freqüente quando se trata da exposição de órgãos íntimos.¹¹⁴

6. CONCLUSÃO

Este trabalho buscou descrever o perfil epidemiológico da saúde do homem no estado de Santa Catarina em 2005, tendo como objeto de estudo os indicadores de morbi-mortalidade, além da análise de algumas das principais causas de mortalidade.

Pudemos observar que a saúde do homem em Santa Catarina está comprometida, sendo evidenciado pela sobremortalidade em relação às mulheres. A sobremortalidade masculina causa uma importante diminuição da expectativa de vida dos homens, e é reflexo principalmente da pior da qualidade de vida.

Os homens morrem mais em todas faixas etárias, desde a população mais jovem até a mais idosa. A maior diferença de mortalidade entre homens e mulheres é observada em faixas etárias de jovens, onde grande parte dos óbitos ocorre por causas externas, sendo que a sua incidência é muito maior nos homens.

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos nos homens em Santa Catarina, sendo que em idades mais avançadas apresentam uma maior prevalência. Em faixas etárias mais novas, a incidência das doenças do aparelho circulatório diminui, enquanto a prevalência de óbitos por causas externas aumenta, sendo esta a principal causa de morte nestas faixas etárias.

Em todas as causas de óbitos analisadas no presente estudo, com exceção das doenças endócrinas e metabólicas, se observou uma maior mortalidade nos homens. As maiores diferenças de mortalidade foram encontradas nas causas relacionadas à violência e ao álcool, sendo elas as causas externas e os transtornos mentais.

Em geral, para todas as causas têm se observado uma maior exposição aos fatores de risco nos homens, colaborando para a sobremortalidade. É assim, necessário ações que envolvam o incentivo aos hábitos de saúde mais saudáveis, a fim de diminuir o alto risco de mortalidade apresentado pelos homens.

REFERÊNCIAS

- 1.Chor D, Duchiade MP, Jourdan AMF. Diferencial de mortalidade em homens e mulheres em localidade de região Sudeste, Brasil – 1960, 1970 e 1980. Rev. Saúde Pública. 1992, Aug;26(4):246-255.
- 2.Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc. saúde coletiva. 2005, Mar;10(1):35-46.
- 3.DATASUS [homepage na Internet]. Banco de dados do Sistema Único de Saúde [acesso em 2007 Mar 10]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>.
- 4.IBGE [homepage na Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 2007 Mar 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
- 5.Who [homepage na Internet]. World Health Organization [acesso em 2007 Mar 10]. Disponível em : <http://www.who.int>.
- 6.Bohland AK, Jorge MHPM. Mortalidade de menores de uma ano de idade na região Sudoeste do Estado de São Paulo. Ver. Saúde Pública. 1999 Ago;33(4):366-373.
- 7.Ferreira CEC. Mortalidade Infantil e Desigualdade Social em São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1990.
- 8.Prata, PR. A transição epidemiológica do Brasil. Cad. saúde pública.. 1992 Jun;8(2):168-175.
- 9.Camarano AA; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. 2002 Jan.
- 10.Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional; uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública. 1987 Jun;21(3):211-224.
- 11.Gawryszewski VP, Jorge MHPM. Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos. Rev. Bras. Epidemiol. 2000 Dez; 3(1-3):50-69.
- 12.Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafio para la Región de las Américas. Rev. bras. epidemiol. 1999 Dec; 2(3):102-171.
- 13.Gawryszewski VP, Koizumi MS, Jorge, MHPM. As causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a morbidade e a mortalidade. Cad. Saúde Pública. 2004 Ago;20(4):995-1003.
- 14.Minayo MCS, Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos. 1997 Nov;4(3):513-531.

- 15.Jorge MHPM, Latorre, MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. Cad. Saúde Pública. 1994;10 Supl. 1: S19-S44.
- 16.Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil, 1997/2000. Cad. Saúde Pública. 2005 Jun;21(3):815-822.
- 17.Marín-León L, Vizzotto MM. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. Cad. Saúde Pública. 2003 Abr; 19(2):515-523.
- 18.Pinsky I, Labouvie E, Laranjeira R. Disposição e alternativas ao dirigir alcoolizado entre jovens paulistanos. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004 Dez; 26(4):234-241.
- 19.Vieira DL, Ribeiro M, Romano M, Laranjeira RR. Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. Rev. Saúde Pública. 2007 Jan; 41(3):396-403.
- 20.Prime NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2004 Dez;26(3):280-286.
- 21.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- 22.Almeida LM, Coutinho E. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. Rev. Saúde Pública. 1993 Fec;27(1):23-39.
- 23.Sabry MOD, Sampaio HAC, Silva MGC. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. J. Pneumologia. 1999 Dez;25(6):313-320.
- 24.Costa JSD, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AMB et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev. Saúde Pública. 2004 Abr;38(2):284-291.
- 25.Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev. Saúde Pública. 2004 Dez;38(6):804-810.
- 26.Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev. Saúde Pública. 2003 Jun;37(3):357-363.
- 27.Lewis G, Slogget A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. BMJ. 1998 Nov 7;317:1283-1286.

28. Leal OF. Suicídio, honra e masculinidade na cultura gaúcha. *Cad. Antropologia UFRGS* 1992;7-21.
29. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria*. 2^a. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul;1991.
30. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2005 Abr;39(2):191-197.
31. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. *Cad. Saúde Pública*. 1993 Mar;9(1):65-78.
32. Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad. Saúde Pública*. 1994;10 Suppl.1:S45-S60.
33. Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. *Rev. bras. epidemiol.* 1999 Ago;2(1-2):50-59.
34. Lima MLC, Souza ER, Ximenes RAA, Albuquerque MFPM, Bitoun J, Barros MDA. Evolução de homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. *Rev. Saúde Pública*. 2002 Ago;36(4):462-469.
35. Macedo AC, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2001 Dez;35(6):515-522.
36. Nachif MCA. Homicide as a public health problem in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. *Psicol. Soc.* 2002 Aug;18(2):99-104.
37. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*. 1994;10 Suppl.1:S7-S18.
38. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006 Out;28 Suppl.2:S69-S73.
39. Gazal-Carvalho C, Carlini-Cotrim B, Silva OA, Sauaia N. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. *Rev. Saúde Pública*. 2002 Fev;36(1):47-54.
40. Oliveira ER, Luis MAV. Distúrbios relacionados ao álcool em um setor de urgências psiquiátricas, Ribeirão Preto, Brasil (1988-1990). *Cad. Saúde Pública*. 1996 Jun;12(2):171-179.
41. Nascimento EC, Justo JS. Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicol. Reflex. Crit.* 2000;13(3):529-538.

- 42.Naveillan P, Vargas S. Prevalencia del alcoholismo durante tres décadas en Chile (1952-1982). Rev. Saúde Pública. 1989 Abr;23(2):128-135.
- 43.Becker U, Deis A, Sorensen DIA, Gronbaek M, Borch-Johnsen K, Müller CF et al. Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: a prospective population study. Hepatology 1996;23:1025-1029.
- 44.Mansur AP, Favarato D, Souza MFM, Avakian SD, Aldrighi JM, César AM et al. Trends in death from circulatory diseases in Brazil between 1979 and 1996. Arq. Bras. Cardiol. 2001 Jun;76(6):504-510.
- 45.Souza MFM, Alencar AP, Malta DC, Moura L, Mansur AP. Análise de séries temporais da mortalidade por doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, nas cinco regiões do Brasil, no período de 1981 a 2001. Arq. Bras. Cardiol. 2006 Dez;87(6):735-740.
- 46.Daniel E, Germiniani H, Nazareno ER, Braga SV, Winkler AM, Cunha CLP. Tendência da mortalidade por doenças isquêmicas do coração na cidade de Curitiba – Brasil, de 1980 a 1998. Arq. Bras. Cardiol. 2005 Ago;85(2):100-104.
- 47.Cotran, Kumar, Collins. Robbins Patologia Estrutural e Funcional. Guanabara-Koogan 6ª edição, 2000.
- 48.Rique ABR, Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. Rev. Med. Esporte. 2002 Dez;8(6):244-254.
- 49.Romaldini CC, Issler H, Cardoso AL, Diamant J, Forti N. Fatores de risco para aterosclerose em crianças e adolescentes com história familiar de doença arterial coronariana prematura. J. Pediatr. 2004 Abr;80(2):135-140.
- 50.Moreira LB, Fuchs FD, Moraes RS, Bredemeir M, Cardozo S. Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. 1995 Fev;29(1):46-51.
- 51.Lolio CA, Pereira JCR, Lotufo PA, Souza JMP. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. Rev. Saúde Pública. 1993 Out;27(5):357-362.
- 52.Griep, RH, Chór D, Camacho LAB. Tabagismo entre trabalhadores de empresa bancária. Rev. Saúde Pública. 1998 Dez;32(6):533-540.
- 53.Fornés NS, Martins IS, Velásquez-Meléndez G, Latorre MRDO. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2002 Fev;36(1):12-18.
- 54.Lessa I, Conceição JL, Souza ML, Oliveira V, Carneiro J, Melo J et al. Prevalência de dislipidemias em adultos da demanda laboratorial de Salvados. Brasil. Arq. Bras. Cardio. 1997 Dez;69(6):395-400.

- 55.Coelho VG, Caetano LF, Júnior RDRL, Cordeiro JA, Souza DRS. Perfil lipídico e fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de medicina. *Arq. Bras. Cardiol.* 2005 Jul;85(1):57-62.
- 56.Conceição TV, Gomes FA, Tauil PL, Rosa TT. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006 Jan;86(1):26-31.
- 57.Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WSMB et al. Hipertensão Arterial e alguns Fatores de Risco em um Capital Brasileira. *Arq. Bras. Cardio.* 2007;88(4):452-457.
- 58.Goldenberg P, Franco LJ, Plagiario H, Silva RS, Santos CA. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cad. Saúde Pública.* 1996 Mar;12(1):37-45.
- 59.Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev. bras. epidemiol.* 2003 Abr;6(1):18-28.
- 60.Souza LJ, Chalita FEB, Reis AFF, Teixeira CL, Neto CG, Bastos DA et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 2003 Fev;47(1):69-74.
- 61.Franco, LJ, Mameri C, Pagliaro H, Iochida LC, Goldenberg P. Diabetes como causa básica ou associada de morte no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 1998 Jun;32(3):237-245.
- 62.Alves JGB, Montenegro FMU, Oliveira FA, Alves RV. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Rev. Bras. Med. Esporte.* 2005 Out;11(5):291-294.
- 63.Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2001 Ago;17(4):969-976.
- 64.Silva RCR, Malina RM. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2000 Dez;16(4):1091-1097.
- 65.Godoy MF, Lucena JM, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DLQ, Junior JLA et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2007 Fev;88(2):200-206.
- 66.Zétola VHF, Nývák EM, Camargo CHF, Júnior HC, Coral P, Muzzio JA et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2001 Set;59(3B):740-745.
- 67.Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2000 Mar;58(1):99-106.

- 68.Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2004 Set;62(3B):844-851.
- 69.Kannel WB, Wolf PA, McGee DL, Dawber TR, McNamara P, Castelli WP. Systolic bloodpressure, arterial rigidity and risk of stroke – The Framingham study. *J. Amer. med. Ass.* 1981;245:1225-1229.
- 70.Eluf Neto J, Lotufo PA, Lólio CA. Tratamento da hipertensão e declínio da mortalidade por acidentes vasculares cerebrais. *Rev. Saúde Pública.* 1990 Ago;24(4):332-336.
- 71.Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz de Fibrilação Atrial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2003;81 Suppl.VI:1-24.
- 72.Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz latino-americana para avaliação e conduta na insuficiência cardíaca descompensada, 2005. *Arq. Bras. Cardio.* 2005 Set;85 Suppl III:1-48.
- 73.Barreto ACP, Nobre MRC, Wajngarten M, Canesin MF, Ballas D, Serro-Azul JB. Insuficiência cardíaca em grande hospital terciário de São Paulo. *Arq. Bras. Cardio.* 1998 Jul;71(1):15-20.
- 74.Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC et al. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA – Niterói. *Arq. Bras. Cardiol.* 2004 Fev;82(2):121-124.
- 75.Cervi A, Hermsdorff HHM, Ribeiro RCL. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev. bras. epidemiol.* 2005 Dez;8(4):407-418.
- 76.Wünsch Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2002 Set;48(3):250-257.
- 77.Hallal ALC, Gotlieb SLD, Latorre MRDO. Evolução da mortalidade por neoplasias malignas no Rio Grande do Sul, 1979-1995. *Ver. bras. epidemiol.* 2001 Nov;4(3):168-177.
- 78.Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2005. Incidência de Câncer no Brasil. Brasília: INCA; 2005.
- 79.Zomboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J. Pneumologia.* 2002 Jan;28(1):41-47.
- 80.Gimeno SGA, Souza JMP, Mirra AP, Correa P, Haenszel. Fatores de risco para o câncer de esôfago: estudo caso-controle em área metropolitana da região Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 1995 Jun;29(3):159-165.

- 81.Dietz J, Pardo SH, Furtado CD, Harzheim E, Furtado AD.Fatores de risco relacionados ao câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. Rev. Assoc. Med. Bras. 1998 Dez;44(4):269-272.
- 82.Queiroga RC, Pernanbudo AP. Câncer de Esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Rev. bras. cancerol.. 2006;52(2):173-178.
- 83.Mirra AP, Souza MP, Gotlieb SLD, Pastorelo EF, Bussacos MA, Corrêa MCMMA et al. Epidemiologia do câncer de esôfago em São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública. 1982 Fev;16(1):54-65.
- 84.Prola JC, Dietz J, Da Costa LA. Diferenças geográficas na mortalidade por câncer de esôfago no Rio Grande do Sul. Rev. Ass. Med. Bras. 1993;39(4):217-220.
- 85.Resende ALS, Mattos IE, Koifman S. Dieta e câncer gástrico: aspectos históricos associados ao padrão de consumo alimentar no estado do Pará. Rev. Nutr. 2006 Ago;19(4):511-519.
- 86.Britto AV. Câncer de estômago: fatores de risco. Cad. Saúde Pública. 1997;13 Suppl.2:S7-S13.
- 87.Abreu E. Prevenção primária e a detecção do câncer de estômago. Cad. Saúde Pública. 1997;13 Suppl.1:S105-S108.
- 88.Kassab P, Leme PLS. Epidemiologia do cânce gástrico. Rev. Assoc. Med. Bras. 2003 Set;49(3):234-235.
- 89.Kodaira MS, Escobar AMU, Grisi S. Aspectos epidemiológicos do Helicobacter pylori na infância e adolescência. Rev. Saúde Pública. 2002 Jun;36(3):356-369.
- 90.Rodrigues MN, Queiroz DMM, Rodrigues RT, Rocha AMC, Luz CRL, Braga LBC. Prevalence of Helicobacter pylori infection in Fortaleza, Northeastern Brazil. Rev. Saúde Pública. 2005 Oct;39(5):847-849.
- 91.Ye W, Ekström AM, Hansson LE, Bergström R, Nyrén O. Tobacco, alcohol and the risk of gastric cancer by sub-site and histologic type. Int. J. Cancer. 1999;83:223-229.
- 92.Trédaniel J, Boffetta P, Buiatti E, Saracci R, Hirsch . Tobacco smoking and gastric cancer: Review and meta-analysis. Int. J. Cancer. 1997;72:565-573.
- 93.López-Carrillo L, López-Cervantes M, Ramirez-Espitia A, Rueda C, Fernández-Ortega C, Orozco-Rivadeneira S. Alcohol consumption and gastric cancer in Mexico. Cad. Saúde Pública. 1998;14 Suppl.3:S25-S32.

- 94.Santos AJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças do perfil de epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev. bras. epidemiol. 2002 Dez;5(3):286-310.
- 95.Santa Catarina. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. O perfil epidemiológico da AIDS. – Florianópolis: SEA/DGAO, 2006.
- 96.Caiaffa WT, Bastos FI. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana: epidemiologia e perspectivas de intervenção Rev. bras. epidemiol. 1998 Ago;1(2):190-202.
97. Bastos MSCBO, Latorre MRDO, Waldman EA. Tendência da epidemia de AIDS em usuários de drogas injetáveis no Município de São Paulo de 1985 a 1997. Rev. bras. epidemiol. 2001 Nov;4(3):178-190.
- 98.Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Rev. bras. epidemiol. 2004 Dez;7(4):473-487.
- 99.Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.
- 100.Valente VB, Covas DY, Passos ADC. Marcadores sorológicos das hepatites B e C em doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto, SP. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2005 Dez;38(6):488-492.
- 101.Miranda LVG, Passos ADC, Figueiredo JFC, Gaspar AMC, Yoshida CFT. Marcadores sorológicos de hepatite B em indivíduos submetidos a exames de sangue em unidades de saúde. Rev. Saúde Pública. 2000 Jun;34(3):286-291.
- 102.Zocratto KBF, Caiaffa WT, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Mingoti SA, Ribeiro GJC et al. HCV and HIV infection and co-infection: injecting drug use and sexual behavior, AJUDE-Brasil I Project. Cad. Saúde Pública. 2006 Abr;22(4):839-848.
- 103.Tovo CV, Santos DE, Mattos AZ, Almeida PRL, Mattos AA, Santos BR. Prevalência ambulatorial em um hospital geral de marcadores para hepatites B e C em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Arq. Gastroenterol. 2006 Jun;43(2):73-76.
- 104.Silva ACM, Barone AA. Fatores de risco para infecção pelo HIV em pacientes com o vírus da hepatite C. Rev. Saúde Pública. 2006 Jun;40(3):482-488.
- 105.Oliveira HB, Marín-León L, Cardoso JC. Perfil de mortalidade de pacientes com tuberculose relacionada à comorbidade tuberculose-Aids. Rev. Saúde Pública. 2004 Ago;38(4):503-510.
- 106.Façaanha MC. Evolução da mortalidade por tuberculose em Fortaleza (CE), entre 1980 e 2001. J. bras. pneumol. 2006 Dez;32(6):553-558.

107. Vincentin G, Santo AH, Carvalho MS. Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2002;7(2):253-263.
108. Santo AH, Pinheiro CE, Jordani MS. Causas múltiplas de morte relacionadas à tuberculose no estado de São Paulo, 1998. *Rev. Saúde Pública*. 2003 Dez;37(6):714-721.
109. Antunes JLF, Waldman EA, Moraes M. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2000;5(2):367-379.
110. Romero EC, Bernardo CCM, Yasuda PH. Human leptospirosis: a twenty-nine-year serological study in São Paulo, Brazil. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*. 2003 Oct;45(5):245-248.
111. Figueiredo CM, Mourão NA, Oliveira MAA, Alves WR, Ooteman MC, Chamone CB et al. Leptospire humana no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: uma abordagem geográfica. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2001 Ago;34(4):331-338.
112. Barcellos C, Sabroza PC. The place behind the case: leptospirosis risks and associated environmental conditions in a flood-related outbreak in Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17:59-67.
113. Almeida LP, Martins LFS, Brod CS, Germano ML. Levantamento soroepidemiológico de leptospirose em trabalhadores do serviço de saneamento ambiental em localidades urbana na região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1994 Fev;28(1):76-82.
114. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Mar;23(3):565-574.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005 .

ANEXO 1

Indicadores da Tabela 2

[illegible]

Coeficiente de mortalidade na faixa etária entre 50 e 59 anos na população feminina	Número de óbitos ocorridos na faixa etária entre 50 e 59 anos no sexo feminino	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 29 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade na faixa etária com mais de 60 anos na população feminina	Número de óbitos ocorridos na faixa etária com mais de 60 anos no sexo feminino	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 29 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade de todas as faixas etárias no sexo feminino	Número de óbitos ocorridos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina	100.000

ANEXO 2

Indicadores da Tabela 4

[illegible]

[illegible]

Mortalidade proporcional da quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 40 e 49 anos no sexo masculino	Número de óbitos pela quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 40 e 49 anos no sexo masculino	Número total de óbitos na faixa etária entre 40 e 49 anos no sexo masculino	100
Mortalidade proporcional da quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 50 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos pela quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 50 e 59 anos no sexo masculino	Número total de óbitos na faixa etária entre 50 e 59 anos no sexo masculino	100
Mortalidade proporcional da quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 60 e 69 anos no sexo masculino	Número de óbitos pela quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 60 e 69 anos no sexo masculino	Número total de óbitos na faixa etária entre 60 e 69 anos no sexo masculino	100
Mortalidade proporcional da quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 70 e 79 anos no sexo masculino	Número de óbitos pela quarta maior causa de óbitos na faixa etária entre 70 e 79 anos no sexo masculino	Número total de óbitos na faixa etária entre 70 e 79 anos no sexo masculino	100
Mortalidade proporcional da quarta maior causa de óbitos na faixa etária com 80 anos ou mais no sexo masculino	Número de óbitos pela quarta maior causa de óbitos na faixa etária com 80 anos ou mais no sexo masculino	Número total de óbitos na faixa etária com 80 anos ou mais no sexo masculino	100
Mortalidade proporcional da quarta maior causa de óbitos em todas as faixas etárias no sexo masculino	Número de óbitos pela quarta maior causa de óbitos em todas as faixas etárias no sexo masculino	Número total de óbitos em todas as faixas etárias no sexo masculino	100

ANEXO 3

Indicadores da Tabela 5

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Mortalidade proporcional de óbitos por causas externas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas externas no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XX – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por neoplasias no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por neoplasias no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do aparelho digestivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho digestivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo IV – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do sistema nervoso no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do sistema nervoso no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por outras causas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por outras causas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por causas mal definidas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas mal definidas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número total de óbitos no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por causas externas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas externas no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XX – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por neoplasias no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por neoplasias no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do aparelho digestivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho digestivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100

Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do aparelho respiratório no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo IV – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por transtornos mentais e comportamentais no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por doenças do sistema nervoso no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do sistema nervoso no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por outras causas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por outras causas no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XX – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Mortalidade proporcional de óbitos por causas mal definidas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas mal definidas no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XX – CID 10)	Número total de óbitos no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Coeficiente de mortalidade por causas externas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas externas no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XX – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasias no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por neoplasias no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho digestivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho digestivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo IV – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do sistema nervoso no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do sistema nervoso no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras causas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por outras causas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por causas mal definidas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas mal definidas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

Coeficiente de mortalidade por todas causas capítulo CID-10 no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por todas causas capítulo CID-10 no sexo masculino entre 20 e 59 anos	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por causas externas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas externas no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XX – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasias no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por neoplasias no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho circulatório no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho digestivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho digestivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do aparelho respiratório no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo IV – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do sistema nervoso no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças do sistema nervoso no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras causas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por outras causas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por causas mal definidas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por causas mal definidas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por todas causas capítulo CID-10 no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por todas causas capítulo CID-10 no sexo masculino entre 20 e 59 anos	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

ANEXO 4

Indicadores da Tabela 7

[illegible]

ANEXO 5

Indicadores da Tabela 9

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Coeficiente de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças isquêmicas do coração no sexo masculino entre 20 e 59 anos (I20-I25 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 29 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio no sexo masculino entre 20 e 59 anos (I21 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 30 e 39 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças cerebrovasculares no sexo masculino entre 20 e 59 anos (I60-I69 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 40 e 49 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por insuficiência cardíaca no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por insuficiência cardíaca no sexo masculino entre 20 e 59 anos (I50 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 50 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca no sexo masculino entre 20 e 59 anos	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças isquêmicas do coração no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças isquêmicas do coração no sexo feminino entre 20 e 59 anos (I20-I25 – CID 10)	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 29 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por infarto agudo do miocárdio no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio no sexo feminino entre 20 e 59 anos (I21 – CID 10)	População feminino no estado de Santa Catarina entre 30 e 39 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doenças cerebrovasculares no sexo feminino entre 20 e 59 anos (I60-I69 – CID 10)	População feminino no estado de Santa Catarina entre 40 e 49 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por insuficiência cardíaca no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por insuficiência cardíaca no sexo feminino entre 20 e 59 anos (I50 – CID 10)	População feminino no estado de Santa Catarina entre 50 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de óbitos por doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca no sexo feminino entre 20 e 59 anos	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

ANEXO 6

Indicadores da Tabela 10

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Coeficiente de mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões entre 20 e 59 anos no sexo masculino (039 – Causa Lista BR)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasia de estômago entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por neoplasia de estômago entre 20 e 59 anos no sexo masculino (034 – Causa Lista BR)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasia de esôfago entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por neoplasia de esôfago entre 20 e 59 anos no sexo masculino (033 – Causa Lista BR)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por outras neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade todas neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos todas neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por neoplasia de traquéia, brônquios e pulmões entre 20 e 59 anos no sexo feminino (039 – Causa Lista BR)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasia de estômago entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por neoplasia de estômago entre 20 e 59 anos no sexo feminino (034 – Causa Lista BR)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por neoplasia de esôfago entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por neoplasia de esôfago entre 20 e 59 anos no sexo feminino (033 – Causa Lista BR)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por outras neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade todas neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos todas neoplasias entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

ANEXO 7
Indicadores da Tabela 11

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Coeficiente de mortalidade por doença alcoólica do fígado entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por doença alcoólica do fígado entre 20 e 59 anos no sexo masculino (K70 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por outras doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doença alcoólica do fígado entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por doença alcoólica do fígado entre 20 e 59 anos no sexo feminino (K70 – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por outras doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por doenças do aparelho digestivo entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

ANEXO 8

Indicadores da Tabela 12

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais por uso substâncias psicoativas entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais por uso substâncias psicoativas entre 20 e 59 anos no sexo masculino (F10-F19 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso álcool entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso álcool entre 20 e 59 anos no sexo masculino (F10 – CID 10)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outros transtornos mentais e comportamentais entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por outros transtornos mentais e comportamentais entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por transtornos mentais entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais por uso substâncias psicoativas entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais por uso substâncias psicoativas entre 20 e 59 anos no sexo feminino (F10-F19 – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso álcool entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso álcool entre 20 e 59 anos no sexo feminino (F10 – CID 10)	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outros transtornos mentais e comportamentais entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por outros transtornos mentais e comportamentais entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por transtornos mentais entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por transtornos mentais entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

ANEXO 9

Indicadores da Tabela 13

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Coeficiente de mortalidade por AIDS entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por AIDS entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por hepatite B entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por hepatite B entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por hepatite C entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por hepatite C entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras hepatites virais entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por outras hepatites virais entre 20 e 59 anos no sexo masculino	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por tuberculose entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por tuberculose entre 20 e 59 anos no sexo masculino (005-006 – Causa Lista BR)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por leptospirose entre 20 e 59 anos no sexo masculino	Número de óbitos por leptospirose entre 20 e 59 anos no sexo masculino (008 – Causa Lista BR)	População masculina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por AIDS entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por AIDS entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por hepatite B entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por hepatite B entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por hepatite C entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por hepatite C entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminina no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por outras hepatites virais entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por outras hepatites virais entre 20 e 59 anos no sexo feminino	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por tuberculose entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por tuberculose entre 20 e 59 anos no sexo feminino (005-006 – Causa Lista BR)	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000
Coeficiente de mortalidade por leptospirose entre 20 e 59 anos no sexo feminino	Número de óbitos por leptospirose entre 20 e 59 anos no sexo feminino (008 – Causa Lista BR)	População feminino no estado de Santa Catarina entre 20 e 59 anos	100.000

ANEXO 10

Indicadores da Tabela 14

Indicador	Numerador	Denominador	Constante
Internações proporcionais por doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças infecciosas e parasitárias no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por neoplasias no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por neoplasias no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por transtornos mentais e comportamentais no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do sistema nervoso no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do sistema nervoso no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho circulatório no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho respiratório no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças digestivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças digestivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças da pele e do tecido subcutâneo no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças da pele e do tecido subcutâneo no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XII – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do sistema osteoarticular e tecido conjuntivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do sistema osteoarticular e tecido conjuntivo no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XII I – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho geniturinário no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho geniturinário no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XIV – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por lesões, envenamento e algumas outras consequências de causas externas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por lesões, envenamento e algumas outras consequências de causas externas no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XIX – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por contato com serviço de saúde no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por contato com serviço de saúde no sexo masculino entre 20 e 59 anos (Capítulo XXI – CID 10)	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por outras causas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número de internações por outras causas no sexo masculino entre 20 e 59 anos	Número total de internações no sexo masculino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças infecciosas e parasitárias no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças infecciosas e parasitárias no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por neoplasias no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por neoplasias no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100

Internações proporcionais por transtornos mentais e comportamentais no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por transtornos mentais e comportamentais no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do sistema nervoso no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do sistema nervoso no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho circulatório no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho circulatório no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho respiratório no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho respiratório no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças digestivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças digestivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças da pele e do tecido subcutâneo no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças da pele e do tecido subcutâneo no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XII – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do sistema osteoarticular e tecido conjuntivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do sistema osteoarticular e tecido conjuntivo no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XIII – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho geniturinário no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho geniturinário no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XIV – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por lesões, envenamento e algumas outras consequências de causas externas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por lesões, envenamento e algumas outras consequências de causas externas no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XIX – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por contato com serviço de saúde no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por contato com serviço de saúde no sexo feminino entre 20 e 59 anos (Capítulo XXI – CID 10)	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por outras causas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número de internações por outras causas no sexo feminino entre 20 e 59 anos	Número total de internações no sexo feminino entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças infecciosas e parasitárias entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças infecciosas e parasitárias entre 20 e 59 anos (Capítulo I – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por neoplasias entre 20 e 59 anos	Número de internações por neoplasias entre 20 e 59 anos (Capítulo II – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por transtornos mentais e comportamentais entre 20 e 59 anos	Número de internações por transtornos mentais e comportamentais entre 20 e 59 anos (Capítulo V – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do sistema nervoso entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do sistema nervoso entre 20 e 59 anos (Capítulo VI – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho circulatório entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho circulatório entre 20 e 59 anos (Capítulo IX – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho respiratório entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho respiratório entre 20 e 59 anos (Capítulo X – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100

Internações proporcionais por doenças digestivo entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças digestivo entre 20 e 59 anos (Capítulo XI – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças da pele e do tecido subcutâneo entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças da pele e do tecido subcutâneo entre 20 e 59 anos (Capítulo XII – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do sistema osteoarticular e tecido conjuntivo entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do sistema osteoarticular e tecido conjuntivo entre 20 e 59 anos (Capítulo XIII – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por doenças do aparelho geniturinário entre 20 e 59 anos	Número de internações por doenças do aparelho geniturinário entre 20 e 59 anos (Capítulo XIV – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas entre 20 e 59 anos	Número de internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas entre 20 e 59 anos (Capítulo XIX – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por contato com serviço de saúde entre 20 e 59 anos	Número de internações por contato com serviço de saúde entre 20 e 59 anos (Capítulo XXI – CID 10)	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100
Internações proporcionais por outras causas entre 20 e 59 anos	Número de internações por outras causas entre 20 e 59 anos	Número total de internações entre 20 e 59 anos	100

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

- 15 minutos para o aluno;
- 05 minutos para cada membro da Banca;
- 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____